Direction générale de la recherche appliquée
Politique stratégique
Développement des ressources humaines Canada

Applied Research Branch
Strategic Policy
Human Resources Development Canada

Étude des nouveaux enfants immigrants qui grandissent en tant que Canadiens

W-98-24F

par
Morton Beiser, Feng Hou, Ilene Hyman et Michel Tousignant
Octobre 1998

Les opinions exprimées dans les documents de la Direction générale de la recherche appliquée sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue de Développement des ressources humaines Canada ou du gouvernement fédéral.

The views expressed in Applied Research Branch papers are the authors' and do not necessarily reflect the opinions of Human Resources Development Canada or of the federal government.

■

La série des documents de travail comprend des études analytiques et des travaux de recherche réalisés sous l'égide de la Direction générale de la recherche appliquée, Politique stratégique. Il s'agit notammen de recherches primaires, soit empiriques ou originales et parfois conceptuelles, généralement menées dans le cadre d'un programme de recherche plus vaste ou de plus longue durée. Les lecteurs de cette série sont encouragés à faire part de leurs observations et de leurs suggestions aux auteurs.

The Working Paper Series includes analytical studies and research conducted under the auspices of the Applied Research Branch of Strategic Policy. Papers published in this series incorporate primary research with an empirical or original conceptual orientation, generally forming part of a broader or longer-term program of research in progress. Readers of the series are encouraged to contact the authors with comments and suggestions.

═

100-04439/

Le présent document a été traduit de l'anglais. Bien que la version française ait été préparée avec soin, le document original fait foi./
This document is a translation from English. Although the French version has been carefully prepared, the original document should be taken as correct.

La version anglaise du présent document est disponible sous le titre « Growing Up Canadian - A Study of New Immigrant Children »./
This paper is available in English under the title "Growing Up Canadian - A Study of New Immigrant Children."

■

Date de parution/Publishing Date - Internet 1999
ISBN : 0-662-83794-0
N° de cat./Cat. No. MP 32-28/98-24F

■

Si vous avez des questions concernant les documents publiés par la Direction générale de la recherche appliquée, veuillez communiquer avec :

Coordonnatrice des publications
Direction générale de la recherche appliquée
Politique stratégique
Développement des ressources humaines Canada
140, Promenade du Portage IV, 4e étage
Hull (Québec) Canada
K1A 0J9

Téléphone : (819) 994-3304
Télécopieur : (819) 953-8584
Courrier électronique : research@spg.org
http://www.hrdc-drhc.gc.ca/drga/

General enquiries regarding the documents published by the Applied Research Branch should be addressed to:

Publications Coordinator
Applied Research Branch
Strategic Policy
Human Resources Development Canada
140 Promenade du Portage IV, 4th Floor
Hull, Quebec, Canada
K1A 0J9

Telephone: (819) 994-3304
Facsimile: (819) 953-8584
Internet: research@spg.org
http://www.hrdc-drhc.gc.ca/arb/

Sommaire

La pauvreté au sein de la famille met en péril la santé mentale des enfants canadiens de naissance. Néanmoins, la recherche menée auprès des collectivités immigrantes soulève un paradoxe. Bien que les familles immigrantes soient typiquement plus pauvres que leurs homologues du pays d'accueil, le bilan de santé des enfants immigrants est, dans l'ensemble, au moins aussi positif que celui des enfants de souche canadienne, et leur rendement à l'école est souvent supérieur.

La présente étude analyse les données tirées de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, et porte principalement sur les facteurs d'ordre familial qui viennent atténuer l'incidence de la pauvreté sur les résultats observés chez l'enfant en matière de santé mentale (troubles de la conduite, hyperactivité, troubles affectifs). Les conclusions démontrent que plus de 30 % des nouvelles familles immigrantes sont pauvres alors que seulement 13,2 % des familles canadiennes de naissance le sont. Néanmoins, les taux de problèmes de santé mentale chez les nouveaux enfants immigrants sont plus bas que chez les enfants dans la population canadienne en général. Dans les deux groupements de population, il existe une association évidente entre la pauvreté et le risque élevé de troubles de la conduite et de troubles affectifs. Des facteurs reliés à la famille, notamment la dépression chez les parents, le dysfonctionnement de la famille, les pratiques parentales hostiles, et le statut de famille monoparentale viennent augmenter le risque d'éprouver des problèmes. Bien que les facteurs d'ordre familial viennent atténuer l'incidence de la pauvreté sur la santé mentale des enfants canadiens de naissance, tel n'est pas le cas des nouvelles familles immigrantes. Ces conclusions permettent de croire que la pauvreté n'a pas la même signification chez les nouveaux immigrants et chez les Canadiens de naissance. Dans le cas des nouvelles familles immigrantes, la pauvreté peut représenter un élément inéluctable et temporaire du processus de rétablissement. Dans le cas de bon nombre de personnes dans la population canadienne, la pauvreté représente la dernière étape d'un cycle de désavantage, de désespoir, de dysfonctionnement de la famille et de consommation abusive d'alcool.

Les conclusions de la présente étude portent à croire que les politiques et les pratiques canadiennes en matière d'immigration ont permis un choix efficace de familles et d'enfants dont la santé, la résistance, et le succès sont assurés. Néanmoins, le fait que près d'un tiers des enfants immigrants vivent dans la pauvreté au Canada témoigne de la nécessité d'établir des programmes et des projets dans le but d'enrayer la pauvreté par l'entremise de programmes de formation professionnelle novateurs, et d'assurer un accès équitable aux emplois. Par ailleurs, la priorité devrait être accordée à la reconnaissance appropriée des titres de compétence étrangers.

Executive Summary

Familial poverty jeopardizes the mental health of native-born children. However, research among immigrant communities suggests a paradox. Although immigrant families are typically poorer than their host country counterparts, immigrant children are, on the whole, at least as healthy as native-born children, and often out-perform them in school.

This paper examines data from the National Longitudinal Survey of Children and Youth, focusing on familial factors that mediate the effect of poverty on children's mental health outcomes (conduct disorder, hyperactivity, emotional disorder). The results demonstrate that more than 30 percent of new immigrant families were poor in comparison with 13.2 percent of native-born Canadian families. Nevertheless, new immigrant children had lower rates of mental health problems than children in the national population. In both population groups, there was a clear association between poverty and an elevated risk of conduct and emotional disorder. Familial factors such as parental depression, family dysfunction, hostile parenting, and single parent family status increased the risk for all types of disorder. Although familial factors mediated the effects of poverty on native-born Canadian children's mental health, this was not true for new immigrant families. These findings suggest that poverty means different things for new immigrants and native-born Canadians. In new immigrant families, poverty may represent a transient and inevitable part of the resettlement process. For many people in the national population, poverty may represent the end stage of a cycle of disadvantage, despair, family dysfunction and alcohol abuse.

These findings suggest that Canada's immigration policies and practices have resulted in an effective selection of healthy, resilient, success-bound families and children. The fact that almost one-third of immigrant children live in poverty in Canada, however, calls for programs and initiatives aimed at eliminating poverty through creative job training programs and ensuring equity in job access. Appropriate recognition of foreign credentials should become a national priority.

Table des matières

1. Introduction : La question à l'étude 6

2. Objectifs de l'étude 8

3. Méthodes d'étude 9

3.1 Définition de la population étudiée 9

3.2 Définition de la pauvreté 10

3.3 Définition des variables de la santé mentale 11

3.4 Facteurs modifiant les effets de la pauvreté sur la santé mentale des enfants ... 12

3.4.1 Fonctionnement familial
3.4.2 Dépression parentale
3.4.3 Situation de famille monoparentale
3.4.4 Problème de consommation d'alcool dans la famille
3.4.5 Comportements parentaux
3.4.6 Garde des enfants par les parents

3.5 Plan d'analyses 17

3.6 Comparaisons entre les données pondérées et les données non pondérées 19

4. Résultats 20

4.1 Description de la population étudiée 20

4.2 La santé mentale des nouveaux enfants immigrants 20

4.3 Pauvreté et santé mentale 21

4.4 La pauvreté et les facteurs de risque et de protection selon le groupe démographique 24

4.5 Sommaire des analyses descriptives 27

4.6 Analyses à variables multiples 27

4.6.1 Hyperactivité
4.6.2 Troubles affectifs
4.6.3 Troubles de la conduite

5. Discussion 40

Bibliographie 46

1. Introduction : La question à l'étude

La pauvreté au sein de la famille met en péril la santé mentale des enfants de culture majoritaire (Offord et coll., 1989; Langner et coll., 1977; Rutter et coll., 1976; Institut canadien de la santé infantile, 1994). Néanmoins, la recherche menée auprès des collectivités immigrantes soulève un paradoxe. Bien que les familles immigrantes soient typiquement plus pauvres que leurs homologues du pays d'accueil (Conseil national du bien-être social, 1998), le bilan de santé des enfants immigrants est, dans l'ensemble, au moins aussi positif que celui des enfants de culture majoritaire, et leur rendement à l'école est souvent supérieur (Beiser et coll., 1995; Klimidis et coll., 1994; Chang et coll., 1995; Sam, 1994).

La politique de l'immigration explique en partie cet état de fait. L'admission au Canada n'est ni aléatoire ni facile. En raison des processus de sélection en vigueur au Canada, la plupart des ménages immigrants sont constitués de personnes en santé, instruites et qualifiées sur le plan professionnel (Immigration Canada, 1994).

La sélection ne représente sans doute qu'une partie de la réponse. Bien qu'une forte proportion de familles immigrantes soient pauvres, surtout au cours des premières années suivant leur arrivée, il se peut que les circonstances particulières de la vie des immigrants donnent à la pauvreté un sens différent pour les familles immigrantes que pour les familles du pays d'accueil.

Pourquoi cette différence?

Il est possible que la pauvreté chez les familles immigrantes n'évoque pas la multitude de facteurs de risque qui sont associés à la pauvreté chez les familles de culture majoritaire. Par exemple, les études laissent entendre que des facteurs de risque tels que la consommation excessive d'alcool dans la famille et la situation de famille monoparentale, qui sont souvent associés à des problèmes de santé mentale chez les enfants de culture majoritaire, pourraient être moins fréquents dans les nouvelles familles immigrantes que chez leurs homologues du pays d'accueil (Beiser et coll., 1997).

Une autre raison qui s'y rattache, c'est que des facteurs de protection liés à la vie des familles immigrantes peuvent neutraliser certains effets négatifs de la pauvreté (Zhou, 1997; Edwards et

Beiser, 1994; Hicks et coll., 1993; Barwick et Beiser (sous presse)). Par exemple, les soins assurés par un membre de la famille élargie, structure familiale fréquente chez les groupes d'immigrants, atténuent les répercussions de l'emploi de la mère sur le fonctionnement cognitif et comportemental des jeunes enfants de familles pauvres, bien que ce ne soit pas le cas des familles non pauvres (Brooks-Gunn et coll., 1995). La majorité des pays d'origine des immigrants d'aujourd'hui se situent en Asie, au Moyen-Orient et en Afrique, régions du monde où la culture tend à mettre en valeur des structures familiales élargies et interdépendantes. Le maintien de ces structures au Canada peut contribuer à expliquer la résistance apparente des enfants immigrants (Garcia-Coll et Varquez Garcia, 1995). L'importance accordée au stoïcisme et à la maîtrise de soi dans certaines cultures d'immigrants peut également aider ces derniers à garder une bonne santé mentale dans des circonstances difficiles (Huang, 1989).

À ce jour, peu d'études empiriques traitent directement des incidences de la pauvreté sur la santé mentale des enfants des nouvelles familles canadiennes, ou de la façon dont les facteurs de risque et de protection peuvent expliquer le lien entre ces deux paramètres.

2. Objectifs de l'étude

La présente étude, qui est basée sur les données de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), a les objectifs suivants :

1. Examiner le lien entre la pauvreté au sein de la famille et la santé mentale des enfants des nouvelles familles immigrantes et des familles du pays d'accueil.

2. Déterminer les facteurs familiaux qui ont un effet médiateur sur le lien entre la pauvreté et la santé mentale chez les nouvelles familles immigrantes et les familles du pays d'accueil, dont : a) le fonctionnement familial; b) la dépression parentale; c) la situation de parent seul; d) un problème de consommation d'alcool dans la famille; e) les comportements parentaux; f) le recours à la garde non parentale des enfants.

3. Méthodes d'étude

Les données utilisées aux fins de cette étude sont tirées du premier cycle de l'ELNEJ, étude nationale menée auprès de quelque 25 000 enfants de la naissance jusqu'à l'âge de 12 ans. L'ELNEJ est une étude longitudinale comportant un cycle biennal de collecte de données. Les données du premier cycle ont été recueillies entre l'automne 1994 et le printemps 1995. Le principal répondant était le membre du ménage qui était la «personne qui connaît le mieux» (PCM) l'enfant. La plupart du temps, il s'agissait de la mère de l'enfant.

3.1 Définition de la population étudiée

L'échantillon des enfants immigrants comprenait des enfants qui sont arrivés au Canada comme immigrants, de même que ceux qui sont nés au Canada dans une famille dont au moins un des parents était au pays depuis moins de dix ans. Ce sont des considérations de fond et de méthode qui ont orienté le choix des critères de sélection.

Du point de vue du fond, il y a tout lieu de séparer le rétablissement initial du rétablissement à moyen ou à long terme. Les attitudes publiques défavorables, la séparation de la famille de la collectivité, l'incapacité de parler la langue prédominante, l'impossibilité de trouver un emploi approprié et la méconnaissance du réseau de soins de santé sont autant de facteurs qui contribuent à la vulnérabilité des groupes de nouveaux immigrants (Conseil canadien de la santé multiculturelle, 1989; Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, 1988). Cependant, au bout des dix premières années, les revenus des immigrants, leurs niveaux d'emploi, leurs comportements en matière de santé et leur recours aux services de santé sont à peu près équivalents à ceux de la population de souche canadienne (Beiser et coll., 1997; deVoretz, 1995).

Des questions d'ordre méthodologique, en particulier des considérations relatives à la taille de l'échantillon et la disponibilité des mesures, ont également contribué à définir la stratégie d'échantillonnage. Les mesures de la santé mentale sont basées sur une série de questions provenant de la section de l'ELNEJ consacrée au comportement et devant s'appliquer aux enfants âgés de 4 à 11 ans. Des contraintes liées à la taille de l'échantillon ont empêché de

subdiviser ce groupe d'âge en vue d'une analyse plus précise. Selon la définition utilisée aux fins de la présente étude, 498 des enfants âgés de 4 à 11 ans qui ont pris part à l'ELNEJ étaient des nouveaux immigrants. Les autres enfants âgés de 4 à 11 ans qui faisaient partie de l'échantillon de l'ELNEJ formaient l'échantillon national de référence pour les besoins de cette étude.

Le classement ethnique des enfants visés par l'ELNEJ était fondé sur les données des entrevues menées auprès des PCM. Dans l'échantillon national, la plus grande part des enfants étaient Canadiens (51,9 %), suivis des enfants d'origine britannique (35,3 %), d'origine française (27,4 %) et d'une autre origine européenne (25,1 %). Il y avait de plus petites proportions d'enfants d'origine chinoise ou sud-asiatique (3,2 %), d'origine noire ou africaine (1,4 %) ou d'autres origines ethniques (18,1 %) (Ross et coll., 1996). Étant donné l'impossibilité d'obtenir des données sur les origines ethniques des enfants de l'échantillon des nouveaux immigrants à partir du dossier d'accès public de l'ELNEJ, la composition de cet échantillon est basée uniquement sur les tendances de l'immigration. Selon les données du recensement de 1996, 57,0 % de toutes les personnes entrant au Canada provenaient d'Asie et 7,3 %, d'Afrique. Pour la période allant de 1981 à 1990, les chiffres correspondants étaient de 46,9 % d'immigrants d'origine chinoise ou d'une autre origine asiatique et de 5,9 % d'immigrants d'origine noire ou africaine (Statistique Canada, 1996-1997).

3.2 Définition de la pauvreté

Bien que le statut socio-économique soit souvent fonction du niveau d'instruction et de la profession, cette mesure pourrait ne pas convenir à la situation des immigrants. Dans l'ensemble, les immigrants ont une formation scolaire plus poussée que celle des Canadiens de souche. Toutefois, les immigrants connaissent souvent une période de chômage et de sous-emploi au cours des premières années qu'ils passent au Canada (Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada, 1988). Après avoir consulté le prof. Pierre Lefebvre, de l'UQAM, et M. Mark Rosenberg, de l'Université Queen's, nous avons décidé de baser notre définition de la pauvreté sur le seuil de faible revenu (SFR) de Statistique Canada. Statistique Canada définit le SFR en fonction du revenu total du ménage par rapport à la taille du ménage. Pour les besoins de notre étude, nous qualifions de «pauvres» les familles dont

le revenu redressé représente tout au plus 75 % du SFR (dans leur rapport pour l'ELNEJ, Offord et Lipman (1996) classent ce groupe dans la catégorie des «très pauvres»).

3.3 Définition des variables de la santé mentale

Nous avons inclus trois troubles comme mesures des résultats :

- les troubles de la conduite, caractérisés par l'agressivité physique ou indirecte, ou par une infraction aux normes sociales;
- l'hyperactivité, caractérisée par l'inattention, l'impulsivité et l'activité motrice;
- les troubles affectifs, caractérisés par un sentiment d'anxiété ou de dépression.

Il n'existe aucune méthode universellement reconnue qui permet, à partir de techniques d'enquête communautaires, de regrouper les enfants qui souffrent de troubles mentaux ou ceux qui ne présentent aucun trouble. Pour les analyses descriptives présentées dans ce rapport, nous avons utilisé la méthode d'évaluation des troubles par catégories qu'Offord et Lipman (1996) ont mise au point pour l'ELNEJ. L'évaluation est fondée sur des items qui mesurent des comportements distincts et auxquels la PCM a répondu «quelquefois» ou «souvent» ou, selon la formulation particulière de l'item, «un peu vrai» ou «très vrai». Un point est attribué aux réponses «quelquefois» et «un peu vrai», tandis que deux points sont attribués aux réponses «souvent» ou «très vrai». Il s'agit ensuite d'additionner les points attribués aux différents items appartenant à chacune des trois mesures pour produire un score sur l'échelle des troubles de la conduite, de l'hyperactivité et des troubles affectifs, respectivement. Les enfants dont le score se trouve dans la tranche supérieure de 10 % des scores sur une échelle donnée sont réputés manifester le trouble mesuré par cette échelle. L'utilisation de cette définition permet de comparer les résultats de la présente étude et les conclusions d'autres chercheurs utilisant le même ensemble de données. Outre la justification pragmatique de cette approche, Offord et Lipman (1996) signalent que les estimations de la prévalence qu'elle produit ressemblent à celles qu'obtiennent d'autres chercheurs utilisant d'autres approches.

Bien que des données catégoriques aident grandement à calculer des taux et à établir des comparaisons démographiques, l'utilisation de scores d'échelle offre la possibilité de faire des vérifications plus robustes d'hypothèses grâce à des analyses à variables multiples. Dans le cas des analyses portant sur les effets du statut d'immigrant, de la pauvreté, ainsi que des facteurs de risque et de protection sur la santé mentale, nous nous sommes appuyés, dans une large mesure, sur les scores d'échelle continue en ce qui a trait aux troubles de la conduite, à l'hyperactivité et aux troubles affectifs.

3.4 Facteurs modifiant les effets de la pauvreté sur la santé mentale des enfants

Les données de l'ELNEJ offraient la possibilité d'examiner si et comment les facteurs suivants contribuaient à modifier les effets de la pauvreté sur la santé mentale des enfants : a) le fonctionnement familial; b) la dépression parentale; c) la situation de famille monoparentale; d) un problème de consommation d'alcool dans la famille; e) les comportements parentaux; f) la garde des enfants par les parents. L'hypothèse était la suivante : un fonctionnement familial déficient, la situation de famille monoparentale, un problème de consommation d'alcool au sein de la famille et un comportement parental hostile accroîtraient le risque de problèmes de santé mentale chez les enfants et expliqueraient peut-être le lien entre la pauvreté et la santé mentale. À l'inverse, un comportement parental positif et la garde parentale diminueraient le risque de problèmes de santé mentale chez les enfants.

3.4.1 Fonctionnement familial

Le fonctionnement familial s'entend du déroulement des interactions et des activités familiales qui contribuent au maintien de l'unité familiale et au bien-être de ses membres (Linder-Pelz et coll., 1984). Des associations significatives entre les mesures du fonctionnement familial et les troubles mentaux chez les enfants sont ressorties d'études sur la culture majoritaire au Canada (Étude sur la santé des enfants de l'Ontario, 1983), ainsi que dans un contexte chinois (Shek-Daniel, 1997). Des analyses préliminaires de l'ELNEJ laissent entendre que les familles à faible revenu étaient plus susceptibles d'être dysfonctionnelles (14,6 %) que celles dont le revenu est moyen (7,5 %) ou élevé (5,0 %).

Les idées sur ce qui constitue un «bon» fonctionnement familial pourraient ne pas être des concepts universellement valables. L'application sans discernement de mesures qu'on suppose universelles risque de produire des résultats trompeurs (Saito et coll., 1996). Par exemple, Morris (1990) fait remarquer que les caractéristiques culturelles des familles américano-japonaises peuvent donner la fausse impression d'un fonctionnement déficient. L'autoritarisme paternel, le fait de décourager activement la communication verbale et d'éviter de discuter des problèmes personnels, les normes strictes de comportement familial et l'inculcation du sens de la famille en tant que priorité chez les enfants représentent l'antithèse d'un bon fonctionnement selon les valeurs de la société dominante, alors que ce sont des pratiques parfaitement acceptables pour nombre de familles asiatiques.

Saito et coll. (1996) ont examiné l'équivalence scalaire de l'échelle de perception du milieu familial pour les familles américaines et japonaises. Plusieurs dimensions de l'échelle ont été jugées équivalentes dans les deux cultures, y compris la cohésion (le degré d'engagement, d'aide et de soutien dont font preuve les membres de la famille les uns envers les autres), l'indépendance (la mesure dans laquelle les membres de la famille s'affirment, font preuve d'autonomie et prennent leurs propres décisions) et la maîtrise (la mesure dans laquelle des règles et des procédures établies régissent la vie familiale). Toutefois, les familles américaines ont obtenu des scores systématiquement plus élevés pour ce qui est du rendement (la mesure dans laquelle les activités sont axées sur la compétition ou le rendement). Les auteurs ont interprété ces différences comme le produit d'une disparité culturelle liée au fait que les Japonais favorisent et mettent en valeur le rendement collectif plutôt qu'individuel.

Le fonctionnement familial a été mesuré au moyen de l'outil d'évaluation familiale, à savoir un questionnaire de 12 items que le groupe de l'hôpital Chedoke-McMaster a élaboré pour évaluer la communication, la résolution de problèmes, la sensibilité affective (c.-à-d. la disposition des membres de la famille à exprimer leurs sentiments), la participation affective (c.-à-d. la disposition des membres de la famille à s'aider et à se soutenir les uns les autres), ainsi que les rôles familiaux. Les parents étaient invités à préciser dans quelle mesure ils étaient d'accord sur des items du genre «nous exprimons nos sentiments l'un à l'autre», «nous ne nous entendons pas

bien les uns avec les autres», «nous nous sentons acceptés tels que nous sommes». Plus le score est élevé, plus le dysfonctionnement familial est prononcé.

3.4.2 Dépression parentale

Les incidences de la psychopathologie parentale sur la santé mentale des enfants sont reconnues (Garmezy, 1985; Rutter, 1987). Une mauvaise santé mentale des parents intervient comme facteur de risque de perturbations mentales chez les enfants immigrants et réfugiés (McCloskey et Locke, 1995; Mghir et coll., 1995; Rousseau et coll., 1989). La maladie mentale maternelle, en particulier le trouble de stress post-traumatique (TSPT), se révélait être un prédicteur d'une mauvaise santé mentale chez les enfants d'Amérique centrale nouvellement immigrés aux État-Unis (Locke et coll., 1996). D'après les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les taux de dépression et de détresse parmi les nouveaux immigrants ne différaient pas de ceux de l'ensemble de la population canadienne (Beiser et coll., 1997).

La dépression parentale a été mesurée à l'aide d'une version abrégée de la CES-D, une mesure initialement élaborée au National Institute of Mental Health des États-Unis (Radloff, 1977).

3.4.3 Situation de famille monoparentale

La situation de parent seul s'accompagne souvent d'un faible revenu, d'un faible niveau de scolarité et d'un risque accru de problèmes de santé physique et mentale. Selon des analyses antérieures de l'ELNEJ, 16,3 % des enfants canadiens vivaient avec une mère seule et, que leur famille soit pauvre ou pas, ils étaient plus susceptibles que les enfants issus de familles biparentales d'éprouver des problèmes affectifs et comportementaux (Lipman et coll., 1996). Chez les immigrants, les études portent à croire que les enfants vivant dans des familles intactes (surtout celles qui comprennent les deux parents biologiques) ou des familles comptant sur d'excellents réseaux sociaux ont un net avantage psychologique, ce qui renforce l'idée selon laquelle la structure familiale et des liens familiaux profonds influent sur la santé mentale des enfants immigrants (Zhou, 1997).

Les PCM répondant à l'ELNEJ ont été invitées à indiquer si elles avaient un conjoint qui vivait sous le même toit. Les réponses ont été codées ainsi : 2 = non; 1 = oui; 0 = autre.

3.4.4 Problème de consommation d'alcool dans la famille

Selon certaines recherches, les enfants de parents alcooliques ou de parents qui font une consommation abusive d'alcool sont plus susceptibles d'éprouver un trouble mental que les enfants de parents non alcooliques (Matthew et coll., 1994). D'après les données canadiennes tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les nouveaux immigrants sont moins susceptibles d'être des buveurs excessifs que les membres de la population générale (Beiser et coll., 1997).

Les réponses à l'item suivant ont permis d'évaluer les incidences de la consommation d'alcool sur la santé mentale des enfants : «L'alcool est une source de tension ou de désaccord dans notre famille.» (1 = «entièrement d'accord», 2 = «d'accord», 3 = «en désaccord», 4 = «entièrement en désaccord»).

3.4.5 Comportements parentaux

Les comportements parentaux et la qualité de l'interaction entre les parents et les enfants ont une profonde incidence sur la santé mentale des enfants. Il est reconnu que les problèmes associés aux pratiques parentales sont à l'origine de troubles infantiles, dont des troubles de la conduite (Landy et Kwan Tam, 1996).

De nombreuses études font ressortir des différences ethnoculturelles quant aux valeurs et aux comportements parentaux. Par exemple, les parents hispaniques diffèrent de leurs homologues de race blanche ou d'origine africaine-américaine en ce qui a trait à leurs attitudes et à leurs perceptions à l'égard du développement de leurs enfants, à leur comportement en tant qu'aidants naturels et à leurs objectifs développementaux (Garcia-Coll et Vasquez Garcia, 1995). Les différences ethnoculturelles signalées sur le plan des valeurs et des comportements peuvent être source de conflits avec la population majoritaire. Par exemple, Cong (1990) a signalé que des pratiques disciplinaires jugées acceptables dans le pays d'origine étaient souvent considérées comme excessives dans le pays d'accueil. Selon Bibeau et coll. (1992), il arrive que des parents immigrants au Québec soient dénoncés de façon injustifiée aux Services de protection de la jeunesse par suite de malentendus découlant de différences normatives en ce qui a trait aux soins aux enfants.

Les valeurs, les attitudes et les convictions personnelles et familiales évoluent à mesure que les nouveaux venus s'adaptent à la culture. Certaines études démontrent que le maintien des structures familiales traditionnelles et d'une organisation basée sur les rôles sexuels peut favoriser le développement de certains enfants immigrants (Hicks et coll., 1993), quoique d'autres chercheurs y voient une cause de stress. Par exemple, le fait de limiter la liberté des adolescentes plus que celle des adolescents comme le veut la tradition en Asie du Sud-Est (Kurian, 1986), tout en exigeant que les adolescentes assument plus de responsabilités dans le ménage, peut entraîner des conflits entre les valeurs de la famille et des pairs qui risquent de nuire au bien-être des adolescentes issues de familles d'Asie du Sud-Est (Mogg, 1991). Une étude actuelle axée sur les adolescents réfugiés au Québec laisse entendre que de nombreux parents réfugiés privilégient les enfants de sexe masculin (Tousignant, 1997). La cohésion familiale tend à se détériorer à mesure qu'augmente la période de résidence aux États-Unis (Gil et Vega, 1996). En plus du stress aculturatif, l'absence de proximité avec les parents figurait parmi les facteurs associés à la dépression chez les jeunes immigrants en Norvège (Sam et Berry, 1995). On croit également que les conflits intergénérationnels chez les familles immigrantes affaiblissent l'autorité parentale, donnent lieu à une communication familiale déficiente et minent l'estime de soi des enfants et leur bien-être mental (Gil et Vega, 1996; Rumbaut, 1996).

La pauvreté se répercute sans doute sur le développement des enfants des familles immigrantes aussi bien que de culture majoritaire. Selon une certaine étude, l'orientation des enfants vers la réussite, les réactions des parents aux pleurs, ainsi que les modes d'interaction (verbale, tactile) entre les parents et les enfants diffèrent entre les familles pauvres et les familles non pauvres appartenant au même groupe ethnique (Garcia-Coll et Varquez Garcia, 1995).

Dans l'ELNEJ, les comportements parentaux ont été examinés au moyen d'une adaptation de l'échelle des pratiques parentales élaborée par Strayhorn et Weidman (1988), et des questions élaborées par M. Boyle à l'hôpital Chedoke-McMaster. À l'aide de techniques analytiques factorielles, des items traduisant une interaction positive et un comportement parental hostile ou inefficace ont été définis et intégrés à des échelles. Pour mesurer les pratiques parentales positives, on a posé aux parents des questions du genre : «à quelle fréquence félicitez-vous votre

enfant?» et «à quelle fréquence vous arrive-t-il de jouer ou de parler avec votre enfant?», puis on a additionné les scores attribués à toutes les réponses. Les questions axées sur les pratiques parentales hostiles comprenaient des items du genre : «à quelle fréquence vous arrive-t-il d'être contrarié par votre enfant?», «lorsque vous parlez à votre enfant de sa conduite, dans quelle proportion le/la désapprouvez-vous?».

3.4.6 Garde des enfants par les parents

L'intégration des femmes à la population active rémunérée est l'un des changements les plus radicaux qu'aient connus la société canadienne en 30 ans. En 1994-1995, 32,4 % des enfants âgés de 0 à 11 ans faisaient l'objet d'une forme quelconque de garde non parentale pendant que leurs parents travaillaient ou étudiaient. Environ 21,4 % des enfants étaient gardés par un membre de la famille, par exemple une grand-mère. La plupart des enfants étaient gardés à l'extérieur du foyer au domicile d'une personne non apparentée (34,2 %) ou dans une garderie autorisée (15,7 %). Approximativement 14,2 % des enfants étaient gardés par une gouvernante ou une autre personne non apparentée au domicile de l'enfant. Malgré le peu d'information au sujet des effets des différents modes de garde d'enfants sur la santé mentale, il est reconnu qu'une relation de longue durée avec un aidant naturel est un facteur qui contribue de façon importante au développement positif de l'enfant (Ross et coll., 1996).

Les répondants à l'ELNEJ ont été invités à répondre à la question suivante : «Avez-vous actuellement recours à une garderie ou à un service de garde pendant que vous (et votre conjoint(e)/partenaire) êtes au travail ou aux études?». Les réponses ont été codées ainsi : 0 = «non», 1 = «oui».

3.5 Plan d'analyses

Nous avons d'abord examiné la pauvreté et les résultats en matière de santé mentale chez la population étudiée au moyen de statistiques descriptives. Par la suite, nous avons examiné la répartition des variables modificatrices chez les nouveaux immigrants et au sein de la population nationale à l'aide de tests T pour les variables continues (fonctionnement familial, comportements parentaux, dépression parentale, problème de consommation d'alcool dans la

famille) et d'un test de chi carré pour les variables catégoriques (situation de famille monoparentale, garde des enfants par les parents).

Nous avons effectué des analyses de régression linéaire multiple pour examiner les principaux effets de la pauvreté et du statut de nouvel immigrant sur la santé mentale, et pour déterminer si ces effets étaient modifiés par d'autres variables. Des modèles de régression ont été préparés pour chaque résultat. Le modèle 1 incluait la pauvreté et le statut de nouvel immigrant; dans les modèles 2 à 8, nous avons ajouté séparément l'âge et le sexe (féminin), la dépression parentale, le dysfonctionnement familial, le comportement parental positif, le comportement parental hostile, la garde des enfants par les parents, ainsi que la situation de famille monoparentale. Le modèle 9 comprenait toutes les variables de contrôle et de médiation. Nous nous sommes basés sur les différences de coefficient R au carré pour examiner de quelle façon chaque variable ajoutée contribue à expliquer la variance du résultat en matière de santé mentale, indépendamment de l'effet de la pauvreté et du statut de nouvel immigrant. Les différences de coefficient de régression des variables de la pauvreté et du statut de nouvel immigrant entre chacun de ces modèles et le modèle 1 ont servi à déterminer lequel des modificateurs avait la plus grande incidence sur le résultat. Les scores moyens redressés et non redressés associés aux résultats ont permis d'illustrer la façon dont les variables médiatrices modifient les effets de la pauvreté et du statut d'immigrant sur la santé mentale.

Avant d'utiliser la mesure de la santé mentale, du fonctionnement familial, de la dépression parentale et des comportement parentaux dans les analyses à variables multiples, nous avons utilisé le coefficient alpha pour en établir la fiabilité dans les échantillons des nouveaux immigrants et de la population nationale, respectivement.

3.6 Comparaisons entre les données pondérées et les données non pondérées

Dans un échantillon probabiliste, chaque répondant représente plusieurs autres répondants. Par exemple, dans un échantillon aléatoire simple de 2 %, chaque personne faisant partie de

l'échantillon représente 50 personnes au sein de la population. L'ELNEJ n'était pas basée sur un échantillon aléatoire simple. Des coefficients de pondération, ou des valeurs, ont été attribués en fonction des différences liées au nombre d'unités de population que chaque cas représentait. Par exemple, on a attribué aux répondants de l'échantillon urbain les coefficients de pondération voulus pour tenir compte du suréchantillonnage des enfants des régions rurales dans l'ELNEJ. L'utilisation de données non pondérées donnerait lieu à des comparaisons inexactes entre les nouveaux enfants immigrants, dont la majorité résident dans les grands centres urbains du Canada (Toronto, Vancouver, Montréal, qui ont chacun fait l'objet d'une sous-représentation en raison de la stratégie d'échantillonnage de l'ELNEJ), et les enfants nés au Canada rural, qui étaient surreprésentés dans l'échantillon. Nous avons envisagé de limiter toutes les analyses aux enfants des régions urbaines, qu'ils soient immigrants ou de souche canadienne. Toutefois, parce que les variables déterminant les centres urbains et les subdivisions urbaines ou rurales ont été supprimées du dossier d'accès public de l'ELNEJ, cette stratégie n'était pas réalisable. C'est pourquoi les analyses descriptives sont basées sur des données pondérées.

Une procédure de rééchelonnage s'est révélée nécessaire aux fins des analyses à variables multiples. Bien que de nombreux logiciels statistiques permettent l'utilisation de coefficients de pondération, la définition du coefficient de pondération dans ces procédures déroge souvent aux hypothèses qui sous-tendent les enquêtes sur échantillon. Il se peut par conséquent que les variances calculées soient vides de sens. Pour que les variances soient plus significatives, le guide de l'utilisateur de l'Enquête sociale générale (1992) recommande de rééchelonner les données de manière que le coefficient de pondération unitaire moyen soit égal à un (1). À cette fin, chaque coefficient de pondération est divisé par la pondération moyenne globale; le quotient, qui représente le coefficient de pondération «de travail», sert alors aux analyses statistiques.

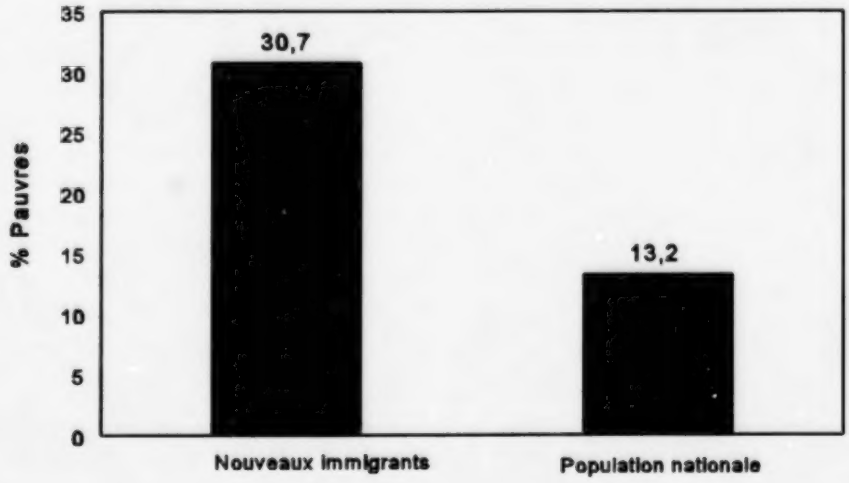
4. Résultats

4.1 Description de la population étudiée

En 1994, on dénombrait 3 129 038 enfants âgés de 4 à 11 ans au Canada. De ce nombre, 7,7 %, ou 240 184, étaient de nouveaux immigrants ou des enfants de nouveaux immigrants. La figure 1 décrit la prévalence de la pauvreté chez les enfants au sein des groupes des nouveaux immigrants et de la population nationale. Le taux de pauvreté chez les nouvelles familles immigrantes comptant au moins un enfant âgé de 4 à 11 ans était plus du double de celui des familles canadiennes ayant un enfant ou des enfants du même groupe d'âge.

Figure 1

Répartition de la pauvreté chez les nouveaux immigrants et dans la population nationale



4.2 La santé mentale des nouveaux enfants immigrants

La fiabilité de chaque échelle mesurant la santé mentale a été établie pour chacun des deux groupes démographiques. Les coefficients alpha de chacune des échelles pour chaque groupe se situaient dans la fourchette acceptable, comme il est indiqué ci-après :

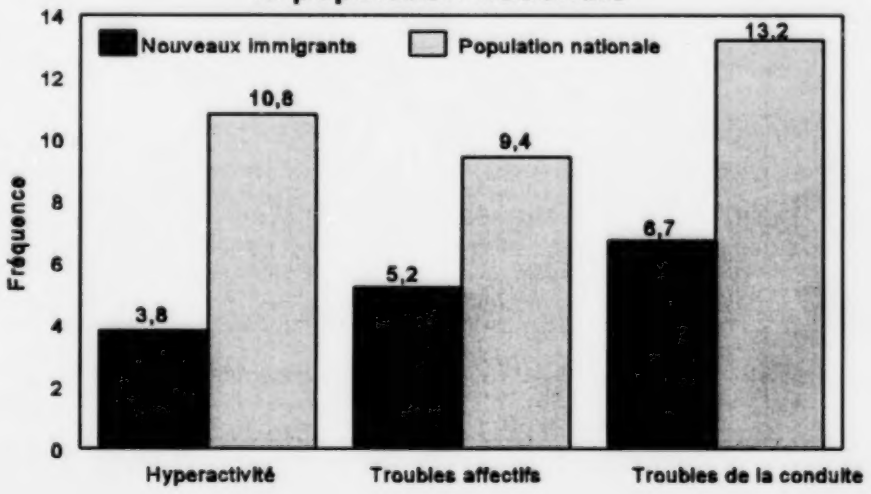
- Hyperactivité : population nationale = 0,84; nouveaux immigrants = 0,79.

- Troubles affectifs : population nationale = 0,74; nouveaux immigrants = 0,68.
- Troubles de la conduite : population nationale = 0,78; nouveaux immigrants = 0,66.

La figure 2 résume les taux d'hyperactivité, de troubles affectifs et de troubles de la conduite chez les nouveaux enfants immigrants et chez les enfants de l'échantillon national.

Les taux d'hyperactivité et de troubles affectifs dans l'échantillon national des enfants âgés de 4 à 11 ans (10,8 % et 9,4 %, respectivement) s'apparentent de près à ceux dont ont fait état Offord et Lipman (1996). Les taux associés à ces troubles chez les nouveaux enfants immigrants sont nettement moins élevés (3,8 % et 5,3 %, respectivement). Notre taux national de troubles de la conduite (13,2 %) était légèrement supérieur au taux de 10 % signalé par Offord et Lipman (1996); le taux correspondant chez les nouveaux immigrants était considérablement moindre (6,7 %).

Figure 2
Prévalence des résultats en matière de santé mentale chez les nouveaux immigrants et dans la population nationale

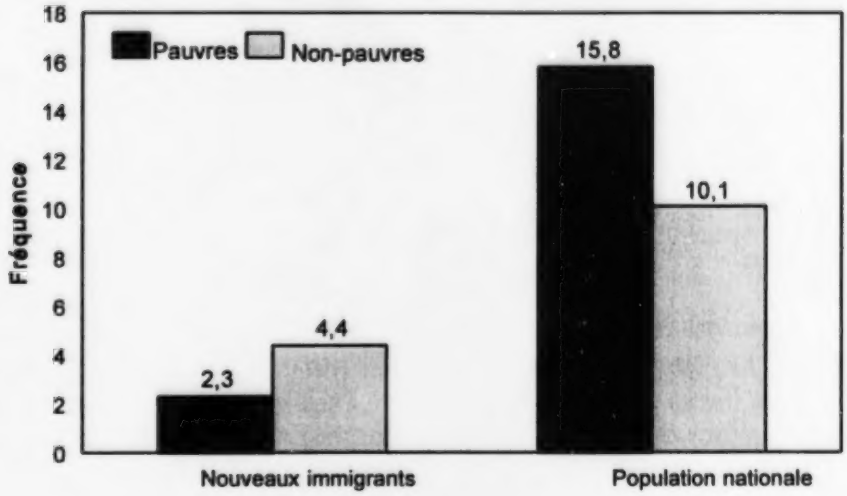


4.3 Pauvreté et santé mentale

La figure 3 décrit la prévalence de l'hyperactivité selon la situation de pauvreté des nouveaux étaient plus élevés chez les pauvres que chez les non-pauvres (15,8 % et 10,1 %,

respectivement). Toutefois, en raison des limites relatives à la taille de l'échantillon, très peu de cas parmi les nouveaux immigrants satisfaisaient au critère seuil de 10 %. Il se peut donc que la prévalence estimative de l'hyperactivité ne soit pas fiable pour ce groupe.

Figure 3
Prévalence de l'hyperactivité selon la situation de pauvreté et le groupe démographique



La figure 4 illustre la prévalence des troubles affectifs dans chaque groupe démographique selon la situation de pauvreté. Dans les deux groupes, ces troubles étaient beaucoup plus courants chez les pauvres que chez les non-pauvres.

La figure 5 présente les taux de prévalence des troubles de la conduite selon la situation de pauvreté des nouveaux immigrants et de la population nationale. Encore une fois, parmi la population nationale et les nouveaux immigrants, ces troubles étaient plus courants chez les pauvres que chez les non-pauvres.

Figure 4
Prévalence des troubles affectifs selon la situation de pauvreté et le groupe démographique

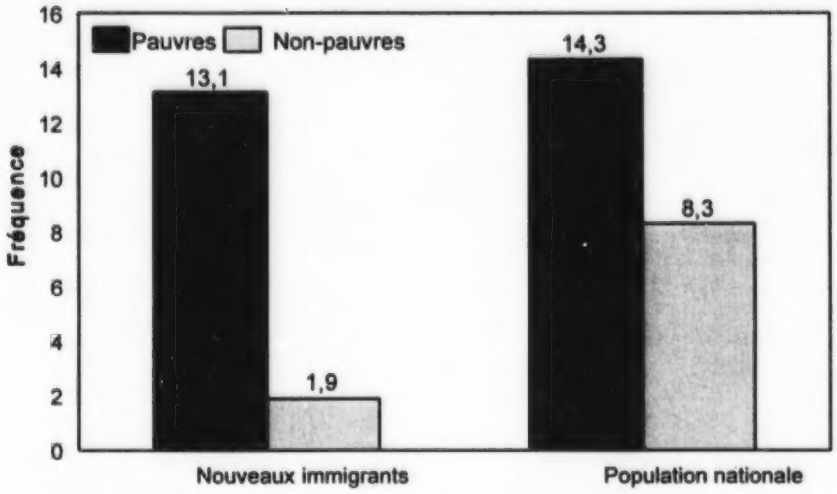
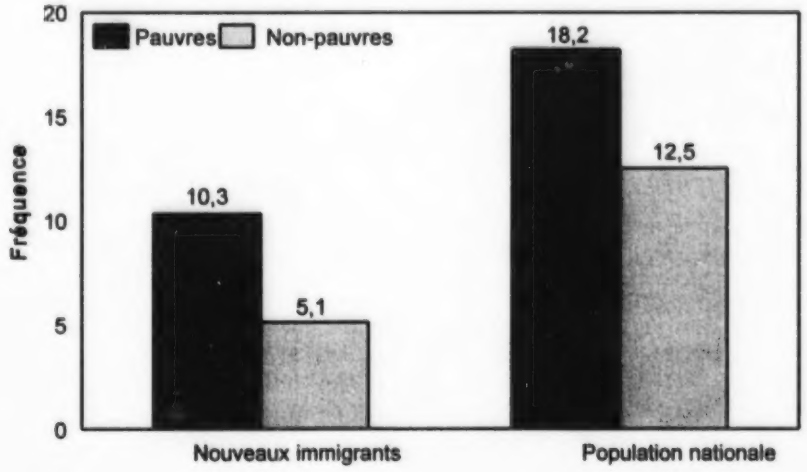


Figure 5
Prévalence des troubles de la conduite selon la situation de pauvreté et le groupe démographique



4.4 La pauvreté et les facteurs de risque et de protection selon le groupe démographique

Le tableau 1 présente la répartition des facteurs de risque et de protection d'après le groupe démographique et la situation de pauvreté. Nous avons utilisé des tests T pour analyser la signification des différences relatives aux scores d'échelle (problème de consommation d'alcool dans la famille, dépression parentale, fonctionnement familial, comportements parentaux), ainsi que des tests de chi carré pour évaluer les différences de répartition des variables catégoriques (situation de parent seul, garde des enfants par les parents). Avant d'effectuer ces analyses, nous avons examiné la fiabilité des échelles dans le groupe des nouveaux immigrants et la population nationale et nous avons déterminé qu'elle était acceptable (fourchette de 0,7 - 0,9).

Les familles faisant partie de la population nationale étaient beaucoup plus susceptibles que les nouvelles familles immigrantes d'être aux prises avec un problème de consommation d'alcool, un dysfonctionnement familial et un comportement parental hostile, ainsi que de recourir à la garde non parentale des enfants. Les différences entre les groupes en ce qui a trait aux scores de dépression parentale, aux degrés de comportement parental positif et à la proportion de familles monoparentales étaient statistiquement négligeables.

Sauf pour ce qui est des pratiques parentales positives, il y avait des différences significatives entre les groupes démographiques pauvres et non pauvres pour chacune des variables. Ainsi, les parents de familles pauvres étaient beaucoup plus susceptibles que les parents non pauvres d'être déprimés, d'afficher un comportement parental hostile, de recourir à la garde non parentale et d'être des parents seuls. Les familles pauvres étaient plus susceptibles que leurs homologues non pauvres d'être aux prises avec un problème de consommation d'alcool et d'afficher un fonctionnement familial déficient.

L'examen de la répartition des variables médiatrices selon la situation de pauvreté des nouveaux immigrants et de la population nationale (tableau 2) semble indiquer que les différences les plus marquées se situent entre les familles pauvres et non pauvres de l'échantillon national (colonnes 2 et 4). Les enfants issus des familles pauvres de l'échantillon national étaient beaucoup plus susceptibles que leurs homologues non pauvres d'être exposés à des facteurs de

risque pour la santé mentale. Le comportement parental positif constitue la seule variable pour laquelle aucune différence significative n'est observée. Bien que la même tendance caractérise les différences entre les nouvelles familles immigrantes pauvres et non pauvres (colonnes 1 et 3) et les différences relevées au sein de la population générale, il y a moins de différences statistiquement significatives, et les contrastes entre les pauvres et les non-pauvres ne sont pas aussi marqués. Il y a d'importantes différences entre les nouveaux immigrants pauvres et le groupe national pauvre (colonnes 1 et 2). Les taux de dépression parentale, de consommation d'alcool dans la famille, de comportement parental hostile et de familles monoparentales étaient nettement moins élevés chez les nouvelles familles immigrantes pauvres que chez les familles pauvres du groupe national. À l'exception du comportement parental hostile, il n'y avait pas de différences significatives entre les nouveaux immigrants non pauvres et le groupe national non pauvre (colonnes 3 et 4).

Tableau 1 - Répartition des facteurs médiateurs dans les groupes démographiques et selon la situation de pauvreté

	Nouveaux immigrants (N=1143)	Groupe national (N=13848)	Test statistique	Pauvres (N=2179)	Non-pauvres (N=12812)	Test statistique
Échelles (moyennes)						
Dépression parentale	4,96	4,74	t=1,26 p=0,205	7,80	4,24	t=20,8 p=0,000
Problème de consommation d'alcool dans la famille	0,40	0,45	t=2,76 p=0,006	0,61	0,42	t=10,5 p=0,000
Fonctionnement familial	8,49	7,90	t=3,56 p=0,000	9,73	7,65	t=16,4 p=0,000
Comportement parental positif	12,59	12,79	t=1,86 p=0,063	12,75	12,78	t=0,389 p=0,697
Comportement parental hostile	8,06	8,92	t=6,77 p=0,000	9,22	8,80	t=4,45 p=0,000
Variables catégoriques (%)						
Recours à la garde non parentale	75,4 %	70,1 %	χ^2=14,6 p=0,000	85,5 %	67,9 %	χ^2=280,9 p=0,000
Situation de famille monoparentale	16,3 %	16,3 %	χ^2=0,001 p=0,975	55,1 %	9,7 %	χ^2=2874 p=0,000

Tableau 2 - Répartition des facteurs médiateurs parmi les groupes démographiques selon la situation de pauvreté

	Nouveaux immigrants pauvres (N=352) [1]	Groupe national pauvre (N=1827) [2]	Nouveaux imm. non pauvres (N=791) [3]	Groupe national non pauvre (N=12021) [4]	Test de différence [1] - [2]	Test de différence [3] - [4]	Test de différence [1] - [3]	Test de différence [2] - [4]
Échelles (moyennes)								
Dépression parentale	6,23	8,16	4,55	4,25	t = 6,0 ρ=0,000	t = 1,4 ρ=0,135	t = 4,8 ρ=0,000	t =28,4 ρ=0,000
Problème de consommation d'alcool dans la famille	0,47	0,63	0,39	0,43	t = 4,3 ρ=0,000	t = 2,1 ρ=0,034	t = 2,1 ρ=0,035	t =10,5 ρ=0,000
Dysfonctionn. familial	10,21	9,76	7,92	7,67	t = 1,5 ρ=0,127	t = 1,3 ρ=0,208	t = 6,9 ρ=0,000	t =15,2 ρ=0,000
Comportement parental positif	12,39	12,79	12,56	12,78	t = !,8 ρ=0,079	t = 1,9 ρ=,059	t = 0,72 ρ=0,474	t = 0,13 ρ=0,900
Comportement parental hostile	8,04	9,43	8,04	8,84	t = 6,9 ρ=0,000	t = 5,1 ρ=0,000	t = 0,02 ρ=0,985	t = 6,1 ρ=0,000
Variables catégoriques (%)								
Garde des enfants par les parents	84,5 %	85,7 %	71,3 %	67,7 %	χ=0,308 ρ=0,579	χ=4,56 ρ=0,033	χ=23 ρ=0,000	χ=249 ρ=0,000
Situation de famille monoparentale	33,0 %	59,4 %	8,9 %	9,8 %	χ=85 ρ=0,000	χ=0,566 ρ=0,452	χ=105 ρ=0,000	χ=2931 ρ=0,000

Note : Comme les comparaisons multiples font gonfler la probabilité d'erreurs de type I, il est recommandé d'utiliser ρ<0,01 comme niveau de signification dans ce tableau, conformément à la procédure de Bonferroni.

4.5 Sommaire des analyses descriptives

Selon les données de l'ELNEJ, les nouveaux enfants immigrants au Canada ont moins de problèmes de santé mentale qu'en ont les Canadiens de souche. La pauvreté crée une situation de risque pour la santé mentale chez les deux groupes. Parmi les deux groupes, la pauvreté est associée à des facteurs de risque pour la santé mentale, tels que la dépression parentale, des problèmes de consommation d'alcool dans la famille, le dysfonctionnement familial, un comportement parental hostile, le recours à la garde non parentale des enfants et la situation de famille monoparentale. Toutefois, la tendance des comparaisons entres les nouveaux immigrants pauvres et non pauvres et entre les immigrants pauvres et le groupe national pauvre semble indiquer que les nouveaux enfants immigrants pauvres sont moins défavorisés que ne le sont leurs homologues de la population nationale pauvre.

4.6 Analyses à variables multiples

Des analyses à variables multiples ont servi à examiner si l'association entre la pauvreté et les caractéristiques familiales pourrait expliquer le lien entre la pauvreté et la santé mentale des enfants. Ces analyses comprenaient les variables de l'âge, du sexe et de médiateurs hypothétiques. Le «problème de consommation d'alcool dans la famille» a été supprimé de ces analyses à variables multiples en raison de sa très forte corrélation avec le dysfonctionnement familial. Nous avons inclus l'âge et le sexe parce que les analyses antérieures ont fait ressortir des différences significatives entre les filles et les garçons quant aux résultats en matière de santé mentale. D'autres études font état de taux plus élevés de troubles affectifs et de la conduite chez les enfants âgés de 8 à 11 ans que chez les enfants de 4 à 7 ans (Offord et Lipman, 1996).

Neuf modèles de régression linéaire multiple ont été préparés pour chacune des variables associées à la santé mentale, à savoir l'hyperactivité, les troubles affectifs et les troubles de la conduite. Le modèle 1 comprenait la pauvreté et le statut d'immigrant. Puisque le paramètre de l'interaction entre la pauvreté et le statut de nouvel immigrant devenait significatif après prise en compte des variables médiatrices, ce paramètre d'interaction est intégré au modèle 1 relativement aux troubles affectifs et aux troubles de la conduite. Dans les modèles 2 à 8, l'âge et le sexe (féminin), la dépression parentale, le dysfonctionnement familial, le comportement parental

positif, le comportement parental hostile, la garde des enfants par les parents, de même que la situation de famille monoparentale sont ajoutés séparément au modèle 1. Le modèle 9 comprend toutes les variables pertinentes.

Les différences de coefficient R au carré entre chacun de ces modèles et le modèle 1 indiquent dans quelle mesure la variable ajoutée contribue à expliquer la variance du résultat en matière de santé mentale, indépendamment de l'effet de la pauvreté et du statut de nouvel immigrant. De plus, les différences entre chacun de ces modèles et le modèle 1 du point de vue des coefficients relatifs à la pauvreté, au statut de nouvel immigrant et à leur paramètre d'interaction traduisent l'effet modificateur de la variable ajoutée.

4.6.1 Hyperactivité

Le tableau 3 présente les scores des modèles de régression de l'hyperactivité en fonction des variables prédictives. Selon le modèle 1, la pauvreté augmente de façon significative les scores de l'hyperactivité, alors que le statut de nouvel immigrant les réduit de façon significative. Le coefficient R^2 du modèle 1 (0,013 ou 1,3 %) laisse entendre que la pauvreté et le statut de nouvel immigrant expliquent une infime proportion de la variance au chapitre de l'hyperactivité. Les coefficients R^2 du modèle 6, qui inclut le comportement parental hostile (0,202), et du modèle 3, qui comprend la dépression parentale (0,052), semblent indiquer que le comportement parental hostile et la dépression parentale contribuent pour beaucoup à expliquer la variance en ce qui a trait à l'hyperactivité.

Les changements de l'effet de la pauvreté sur l'hyperactivité d'un modèle à l'autre portent à croire que la dépression parentale (se traduisant par une réduction de 51,6 % dans le modèle 3), la situation de famille monoparentale (-47,3 % dans le modèle 8), le dysfonctionnement familial (-23,7 % dans le modèle 4) et le comportement parental hostile (-22,6 % dans le modèle 6) interviennent pour une grande part de la différence moyenne entre les pauvres et les non-pauvres sur le plan de l'hyperactivité. Le comportement parental hostile se traduit par la réduction d'une proportion considérable de la différence moyenne entre les nouveaux immigrants et la population nationale (-34,2 % dans le modèle 6), ce qui laisse entendre que la prévalence relativement faible de comportements parentaux hostiles chez les nouvelles familles immigrantes contribue à

Tableau 3 - Modèles de régression de l'hyperactivité

	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6	Modèle 7	Modèle 8	Modèle 9
Constante	4,55***	6,02***	3,98***	3,72***	5,85***	0,95***	4,94***	4,46***	2,19***
Pauvreté	0,93***	0,91***	0,45***	0,71***	0,93***	0,72***	1,03***	0,49***	0,24**
Nouvel immigrant	-1,11***	-1,20***	-1,05***	-1,14***	-1,13***	-0,73***	-1,10***	-1,02***	-0,78***
Âge		-0,11***							-0,09***
Sexe féminin		-1,28***							-1,06***
Dépression parentale			0,13***						0,07***
Dysfonctionn. familial				0,11***					0,03***
Comp. parental positif					-0,10***				0,001
Comp. parental hostile						0,41***			0,36***
Garde des enfants par les parents							-0,58***		-0,25***
Famille monoparentale								0,94***	0,55***
R^2	0,013	0,049	0,052	0,037	0,020	0,202	0,018	0,020	0,244
% de changement de l'effet de la variable suivante [1] :									
pauvreté		-2,1	-51,6	-23,7	0	-22,6	10,8	-47,3	-74,2
nouvel immigrant		8,1	- 5,4	2,7	1,8	-34,2	-0,9	-8,1	-29,7

Note : [1] défini comme étant ((coefficient du modèle i/coefficient du modèle 1)-1)*100.
* significatif à $\alpha < 0,05$; ** $\alpha < 0,01$; *** $\alpha < 0,001$.

expliquer l'avantage dont bénéficient les nouveaux enfants immigrants du point de vue de la santé mentale. Comme l'indique le modèle 9, sous l'effet combiné de l'ensemble des variables médiatrices choisies, la différence des scores moyens de l'hyperactivité diminue de 74,2 % entre les pauvres et les non-pauvres et de 29,7 % entre les nouveaux immigrants et la population nationale.

En outre, le modèle 9 indique que les jeunes enfants, les filles et les enfants issus de familles recourant à la garde non parentale sont moins susceptibles d'être hyperactifs que les enfants plus âgés, les garçons et les enfants issus de familles où la garde est principalement assurée par les parents. La dépression parentale, le dysfonctionnement familial, le comportement parental hostile et la situation de famille monoparentale sont associés de façon significative à la présence d'un comportement hyperactif.

4.6.2 Troubles affectifs

Le tableau 4 présente les modèles de régression des troubles affectifs en fonction des variables prédictives. Comme dans le cas de l'hyperactivité, le modèle 1 montre que la pauvreté accroît de façon significative le risque de troubles affectifs, alors que le statut de nouvel immigrant le réduit de façon significative. Bien que le paramètre de l'interaction entre la pauvreté et le statut de nouvel immigrant soit négligeable, nous l'avons inclus dans ce modèle parce qu'il devenait significatif après prise en compte des variables modificatrices. Le coefficient R^2 du modèle 1 (0,013) laisse entendre que la pauvreté et le statut de nouvel immigrant n'expliquent qu'une infime proportion de la variance en ce qui a trait aux troubles affectifs. Les coefficients R^2 du modèle 6, qui comprend le comportement parental hostile (0,139), et du modèle 3, qui inclut la dépression parentale (0,093), indiquent que le comportement parental hostile et la dépression parentale contribuent pour beaucoup à expliquer la variance relative aux troubles affectifs.

Le paramètre de l'interaction entre la pauvreté et le statut de nouvel immigrant devenait significatif dans le modèle 3 (dépression parentale), le modèle 6 (comportement parental hostile) et le modèle 8 (famille monoparentale), ce qui porte à croire que ces trois variables modifient de façon significative les répercussions de la pauvreté et du status de nouvel immigrants sur les troubles affectifs.

Tableau 4 - Modèles de régression des troubles affectifs

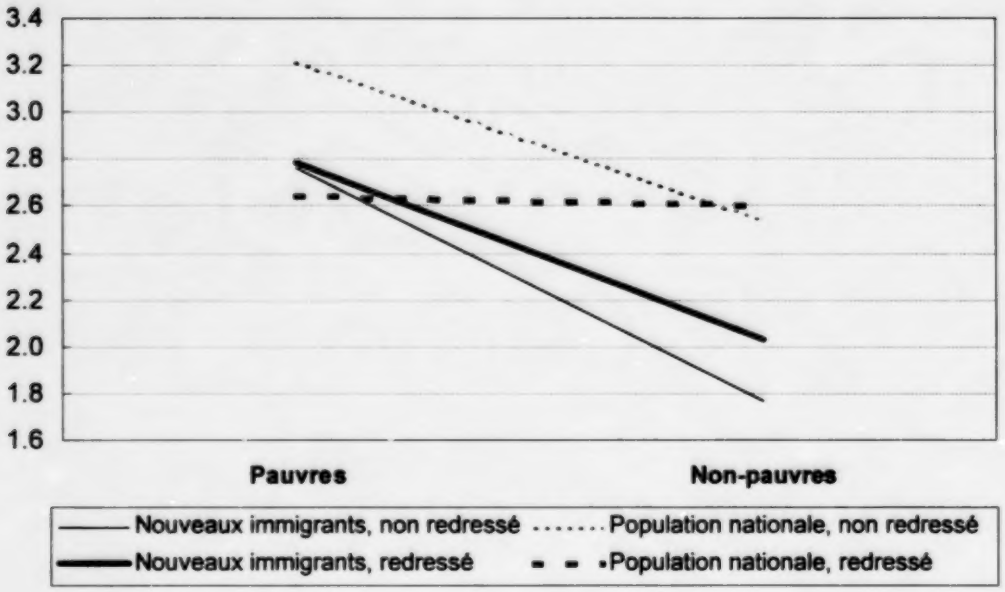
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6	Modèle 7	Modèle 8	Modèle 9
Constante	2,54***	1,42***	1,96***	1,89***	4,34***	0,42***	2,68***	2,46***	-0,72***
Pauvreté	0,68***	0,73***	0,14***	0,51***	0,68***	0,54***	0,72***	0,26***	-0,03
Nouvel immigrant	-0,77***	-0,71***	-0,82***	-077***	-0,79***	-0,58***	-0,76***	-0,77***	-0,57***
Pauvreté x nouvel immigrant	0,30	0,22	0,69***	0,25	0,28	0,45***	0,30	0,56***	0,72***
Âge		0,15***							0,15***
Sexe féminin		0,05							0,17***
Dépression parentale			0,14***						0,10***
Dysfonctionnement familial				0,08***					0,01***
Comportement parental positif					-0,14***				-0,01
Comportement parental hostile						0,24***			0,21***
Garde des enfants par les parents							-0,20***		-0,23***
Famille monoparentale								0,85***	0,43***
R^2	0,013	0,029	0,093	0,041	0,016	0,139	0,014	0,024	0,208
Scores moyens associés aux troubles affectifs[1]									
immigrants pauvres	2,76	2,76	2,64	2,56	2,72	2,96	2,79	2,65	2,79
groupe national pauvre	3,22	3,25	2,77	3,08	3,23	3,25	3,25	2,86	2,64
immigrants non pauvres	1,77	1,81	1,81	1,79	1,76	1,77	1,77	1,83	2,03
groupe national non pauvre	2,54	2,52	2,63	2,56	2,55	2,53	2,53	2,60	2,60
% de changement de la différence entre les groupes suivants [2]									
immigrants pauvres/non pauvres		-3,6	-15,7	-22,0	-2,5	0,5	3,9	-16,8	-23,1
gr. national pauvre/non pauvre		7,0	-79,5	-24,6	-0,3	-20,8	5,4	-61,9	-95,0
immigrants/gr. national pauvres		5,6	-72,0	12,1	9,9	-72,0	-0,4	-54,7	-132,1
immigrants/gr. national non pauvres		-7,4	6,9	0,9	3,0	-24,4	-0,8	0,4	-25,2

Note : [1] - calculés en fonction du modèle de régression correspondant, si l'on suppose que toutes les variables de contrôle correspondent à leur moyenne.
[2] - défini comme étant :
((différence moyenne entre les deux groupes opposés du modèle i/différence moyenne entre les deux groupes opposés du modèle 1)-1)*100
* significatif à $\alpha < 0,05$; ** $\alpha < 0,01$; *** $\alpha < 0,001$.

Pour illustrer les effets modificateurs des variables de contrôle, nous avons calculé les scores moyens associés aux troubles affectifs chez les enfants de quatre groupes de familles : les immigrants pauvres, le groupe national pauvre, les immigrants non pauvres, ainsi que le groupe national non pauvre. Nous avons calculé et inclus dans la partie inférieure du tableau 4 les changements des différences de score moyen de ces groupes entre le modèle 1 et chacun des modèles subséquents. Selon ces données, la dépression parentale, la situation de famille monoparentale et, dans moindre mesure, le dysfontionnement familial et le comportement parental hostile expliquent une grande part de la différence de scores moyens entre la population nationale pauvre et la population nationale non pauvre en ce qui a trait aux troubles affectifs (79,5 %, 61,9 %, 24,6 % et 20,8 %, respectivement). La dépression parentale, le comportement parental hostile et la situation de famille monoparentale réduisent dans une large mesure la différence entre les immigrants pauvres et le groupe national pauvre pour ce qui est des troubles affectifs (72,0 %, 72,0 % et 54,7 %, respectivement).

Comme l'illustre le modèle 9, sous l'effet conjugué des variables médiatrices, la différence entre la population nationale pauvre et la population nationale non pauvre en ce qui a trait aux troubles affectifs diminue de 95 %. Ces variables médiatrices ont inversé les différences entre les familles pauvres du groupe national et les familles immigrantes pauvres. Ces effets s'observent également à la figure 6, qui présente les scores moyens des nouveaux immigrants et du groupe national pour le modèle 1 (non redressés) et le modèle 9 (redressés). Les différences de score moyen non redressé entre les pauvres et les non-pauvres, ainsi qu'entre les nouveaux immigrants et le groupe national, sont prononcées. Toutefois, lorsqu'on tient compte des variables médiatrices, les différences entre les familles pauvres et les familles non pauvres du groupe national s'estompent (comme l'indique la ligne presque plate de la figure 6), tandis que la légère différence entre les familles pauvres du groupe national et les nouvelles familles immigrantes pauvres est statistiquement négligeable. Par contre, sur le plan de la santé mentale, le préjudice dont souffrent les immigrants pauvres par rapport aux immigrants non pauvres, ainsi que le group national non pauvre par rapport aux immigrants non pauvres demeure statistiquement significatif.

Figure 6
Troubles affectifs au sein des groupes démographiques : Effet des variables médiatrices



La tendance qui se dégage de ces constatations semble indiquer que la pauvreté a un effet surtout indirect sur les troubles affectifs chez les enfants des familles du groupe national, c'est-à-dire qu'elle agit par l'intermédiaire de caractéristiques parentales et familiales qui lui sont associées. La différence globale entre les familles pauvres et les familles non pauvres du groupe national sur le plan des troubles affectifs chez les enfants pourrait essentiellement être attribuée aux préjudices dont souffrent les familles pauvres du groupe national, dont des taux élevés de dépression parentale, de situation de famille monoparentale, de dysfonctionnement familial et de comportement parental hostile. Parmi les nouvelles familles immigrantes, la pauvreté semble avoir un effet plus direct. Les caractéristiques familiales contribueraient bien peu à expliquer le fait que les enfants des nouvelles familles immigrantes pauvres sont plus susceptibles que ceux des familles non pauvres d'éprouver des troubles affectifs.

En outre, il semble que le statut de nouvel immigrant ait de l'importance pour les familles non pauvres, mais pas pour les familles pauvres. Les enfants issus de nouvelles familles immigrantes non pauvres étaient moins susceptibles d'éprouver des troubles affectifs que ceux de la population nationale non pauvre, différence qui est demeurée statistiquement significative même après prise en compte des variables médiatrices. Ce constat porte à croire que le risque d'exposition à des facteurs de risque pour la santé mentale chez les familles non pauvres du groupe national et chez les nouvelles familles immigrantes non pauvres est très semblable. Le fait que les variables médiatrices aient pour effet de réduire les différences entre les familles immigrantes pauvres et les familles pauvres du groupe national en ce qui a trait aux troubles affectifs chez les enfants signifie que la pauvreté au sein des familles du groupe national est beaucoup plus susceptible d'être associée à la dépression parentale, à un comportement parental hostile et à la situation de famille monoparentale.

Par ailleurs, le modèle 9 révèle que l'âge (plus avancé), le sexe (féminin), la dépression parentale, le dysfonctionnement familial, le comportement parental hostile, le recours à la garde non parentale et la situation de famille monoparentale sont associés à un risque accru de troubles affectifs. Si l'on tient compte des autres variables médiatrices, l'effet d'un comportement parental positif est négligeable.

4.6.3 Troubles de la conduite

Le tableau 5 présente les modèles de régression des troubles de la conduite. Ici encore, le modèle 1 montre que la pauvreté accroît de façon significative le risque de troubles de la conduite, alors que le statut de nouvel immigrant le réduit de façon significative. Le paramètre de l'interaction entre la pauvreté et le statut de nouvel immigrant était négligeable. Le coefficient R^2 du modèle 1 (0,011) laisse entendre que la pauvreté et le statut de nouvel immigrant n'expliquent qu'une infime proportion de la variance en ce qui a trait aux troubles de la conduite chez les enfants. Les coefficients R^2 du modèle 6, qui inclut le comportement parental hostile (0,190), et du modèle 3, qui comprend la dépression parentale (0,036), indiquent que le comportement parental hostile et, dans une moindre mesure, la dépression parentale contribuent pour beaucoup à expliquer la variance relative aux troubles de la conduite.

Individuellement, aucune des variables médiatrices n'avait un effet suffisamment marqué pour produire un paramètre significatif d'interaction entre la pauvreté et le statut de nouvel immigrant. Toutefois, comme l'indiquent les changements au niveau des différences de score moyen (partie inférieure du tableau 5), la situation de famille monoparentale, la dépression parentale, de même que le comportement parental hostile et le dysfonctionnement familial réduisent la différence entre les familles pauvres et les familles non pauvres du groupe national au chapitre des troubles affectifs chez les enfants (54,9 %, 47,7 %, 27,2 % et 21,2 % dans les modèles 8, 3, 6 et 4, respectivement). En outre, le comportement parental hostile, la situation de famille monoparentale et la dépression parentale atténuent la différence entre les familles immigrantes pauvres et les familles pauvres du groupe national sur le plan des troubles de la conduite chez les enfants (54,1 %, 28,7 % et 25,1 % dans les modèles 6, 8 et 3, respectivement). Lorsqu'on tient compte de toutes les variables médiatrices dans le modèle 9, le paramètre de l'interaction entre la pauvreté et le statut de nouvel immigrant devient statistiquement négligeable. En comparant le modèle 1 au modèle 9, nous constatons que, sous l'effet combiné des variables médiatrices, la différence au chapitre des troubles de la conduite diminue de 95,3 % entre les pauvres et les non-pauvres du groupe national et de 77,9 % entre la population nationale pauvre et les immigrants pauvres.

La figure 7 présente les scores moyens du modèle 1 et du modèle 9 pour chacun des quatre groupes de familles. D'autres tests révèlent que, lorsqu'on tient compte des variables médiatrices, les différences en ce qui a trait aux troubles de la conduite chez les enfants entre les familles pauvres et les familles non pauvres du groupe national, de même qu'entre les familles immigrantes pauvres et les familles pauvres du groupe national ne sont plus significatives. Cependant, les différences entre les immigrants pauvres et les immigrants non pauvres et celles entre les immigrants non pauvres et les familles non pauvres du groupe national persistent.

Tableau 5 - Modèles de régression des troubles de la conduite

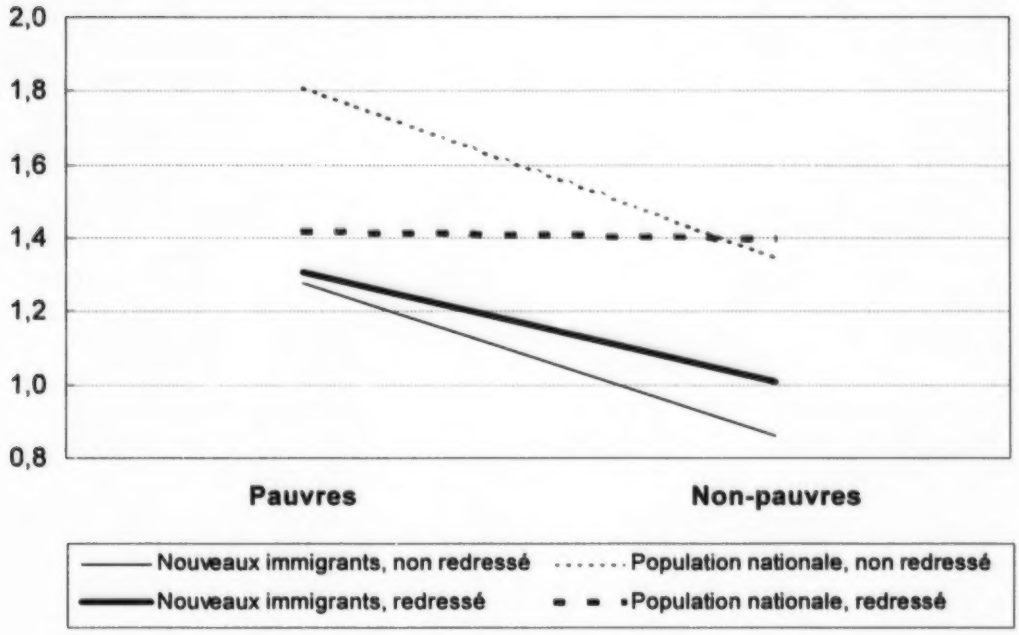
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3	Modèle 4	Modèle 5	Modèle 6	Modèle 7	Modèle 8	Modèle 9
Constante	1,35***	2,02***	1,12***	0,96***	1,86***	-0,47***	1,41***	1,31***	-0,25*
Pauvreté	0,46***	0,45***	0,24***	0,36***	0,46***	0,33***	0,47***	0,21***	0,02
Nouvel immigrant	-0,50***	-0,54***	-0,52***	-0,50***	-0,51***	-0,34***	-0,50***	-0,50***	-0,39***
Pauvreté x nouvel immigrant	0,04	0,007	0,12	-0,07	-0,004	0,10***	-0,04	0,12***	0,28*
Âge		0,06***							-0,05***
Sexe féminin		0,49***							-0,37***
Dépression parentale			0,06***						0,02***
Dysfonctionnement familial				0,08***					0,01***
Comportement parental positif					-0,04***				0,01*
Comportement parental hostile						0,21***			0,19***
Garde des enfants par les parents							-0,08***		-0,10**
Famille monoparentale								0,50***	0,36***
R^2	0,011	0,032	0,036	0,031	0,015	0,190	0,011	0,018	0,214
Scores moyens associés aux troubles de la conduite[1]									
immigrants pauvres	1,28	1,23	1,25	1,16	1,29	1,45	1,28	1,21	1,31
groupe national pauvre	1,81	1,78	1,65	1,73	1,81	1,69	1,82	1,59	1,42
immigrants non pauvres	0,86	0,79	0,89	0,87	0,84	1,02	0,85	0,89	1,01
groupe national non pauvre	1,35	1,33	1,41	1,37	1,35	1,36	1,35	1,39	1,40
% de changement de la différence entre les groupes suivants [2]									
immigrants pauvres/non pauvres		4,7	-14,9	-31,2	7,8	0,7	1,7	-23,4	-29,7
groupe national pauvre/non pauvre		-2,0	-47,7	-21,2	0,2	-27,2	2,4	-54,9	-95,3
immigrants/gr. national pauvres		2,4	-25,1	6,4	-3,7	-54,1	1,1	-28,7	-77,9
immigrants/gr. national non pauvres		8,4	4,4	0,8	2,4	-32,3	0,4	0	-20,9

Note : [1] - calculés en fonction du modèle de régression correspondant, si l'on suppose que toutes les variables de contrôle correspondent à leur moyenne.

[2] - défini comme étant :
((différence moyenne entre les deux groupes opposés du modèle i/différence moyenne entre les deux groupes opposés du modèle 1)-1)*100.

* significatif à $\alpha < 0,05$; ** $\alpha < 0,01$; *** $\alpha < 0,001$.

Figure 7
Troubles de la conduite au sein des groupes démographiques : Effet des variables médiatrices



À l'instar des tendances associées aux troubles affectifs, la différence globale entre les familles pauvres et les familles non pauvres du groupe national en ce qui a trait aux troubles de la conduite chez les enfants pourrait s'expliquer par les préjudices dont souffrent les familles pauvres du groupe national tels que le risque accru de dépression parentale, de situation de famille monoparentale, de dysfonctionnement familial et de comportement parental hostile. Parmi les familles du groupe national, la pauvreté n'a pas d'effet direct observé sur les troubles de la conduite chez les enfants. La pauvreté est associée de plus près à des niveaux supérieurs de préjudice dans le milieu familial qui augmente le risque de ce résultat. Par contraste, parmi les nouvelles familles immigrantes, l'effet de la pauvreté est plus direct. Les caractéristiques familiales contribuent peu à expliquer les différences entre les nouvelles familles immigrantes pauvres et les nouvelles familles immigrantes non pauvres en ce qui a trait aux troubles de la conduite chez les enfants.

Lorsqu'on tient compte des caractéristiques familiales, les enfants issus de nouvelles familles immigrantes non pauvres sont moins susceptibles d'éprouver des troubles de la conduite que leurs homologues des familles du groupe national. Les différences entre les familles immigrantes pauvres et les familles pauvres du groupe national pour ce qui est des troubles de la conduite chez les enfants s'estompent après prise en compte des variables médiatrices, ce qui donne à penser que les familles pauvres du groupe national sont plus susceptibles que les familles immigrantes pauvres d'être aux prises avec une dépression parentale, un comportement parental hostile et une situation de famille monoparentale.

Par ailleurs, le modèle 9 du tableau 5 semble indiquer que l'âge (plus jeune), le sexe (masculin), la dépression parentale, le dysfonctionnement familial, le comportement parental hostile et la situation de famille monoparentale sont des facteurs de risque de troubles de la conduite. Le comportement parental positif est associé de façon significative à un niveau réduit de troubles de la conduite compte non tenu d'autres variables médiatrices. Toutefois, lorsque d'autres variables médiatrices entrent en ligne de compte, le lien entre un comportement parental positif et les troubles de la conduite devient à peine significatif.

Selon d'autres analyses, une fois que le comportement parental hostile entre en ligne de compte, la corrélation préalablement négative entre le comportement parental positif et les troubles de la conduite devient positive. Au niveau bidimensionnel, le comportement parental hostile est inversement proportionnel au comportement parental positif ($r=-0,23$, $p<0,01$), quoique le comportement parental hostile soit plus fortement lié aux troubles de la conduite chez les enfants ($r=0,43$, $p<0,01$) que ne l'est le comportement parental positif ($r=-0,07$, $p<0,01$). Une fois qu'est pris en compte l'effet de chevauchement du comportement parental hostile et du comportement parental positif, la corrélation faiblement significative, quoique positive, entre le comportement parental positif et les troubles de la conduite chez les enfants traduit probablement l'effet de la surprotection ou d'une indulgence excessive. Cela pourrait également expliquer pourquoi la garde des enfants assurée par les parents est associée à un risque accru de troubles de la conduite.

En résumé, plusieurs tendances constantes se dégagent des analyses à variables multiples.

Premièrement, la dépression parentale, la situation de famille monoparentale et, dans une moindre mesure, le comportement parental hostile et le dysfonctionnement familial expliquent une grande part des différences entre les familles pauvres et les familles non pauvres en ce qui a trait à la santé mentale des enfants. Dans le cas des troubles affectifs et des troubles de la conduite, les effets modificateurs de ces variables se manifestaient surtout entre les familles pauvres et les familles non pauvres du groupe national. De même, le comportement parental hostile, suivi de la dépression parentale et de la situation de famille monoparentale expliquent une grande part des différences entre les nouvelles familles immigrantes et les familles du groupe national sur le plan de la santé mentale des enfants. Dans le cas des troubles affectifs et des troubles de la conduite, les effets modificateurs de ces variables ne touchaient que les nouvelles familles immigrantes pauvres et les familles pauvres du groupe national.

Deuxièmement, la dépression parentale, le dysfonctionnement familial, le comportement parental hostile et la situation de famille monoparentale avaient des effets néfastes sur la santé mentale des enfants, tandis que les effets du comportement parental positif et du mode de garde des enfants étaient faibles et variaient selon les résultats en matière de santé mentale. Parmi les variables médiatrices, ce sont le comportement parental hostile et la dépression parentale qui étaient les plus fortement et les plus systématiquement associés aux variations des résultats en matière de santé mentale.

5. Discussion

Les constatations descriptives découlant de la présente étude confirment l'existence d'un paradoxe. Les enfants qui vivent dans des familles pauvres sont plus susceptibles que les enfants issus de familles non pauvres d'éprouver des problèmes de santé mentale, tandis que les nouveaux enfants immigrants sont plus pauvres que les enfants de la population nationale. Toutefois, par rapport à ces derniers, les nouveaux enfants immigrants sont favorisés du point de vue de la santé mentale.

Pour interpréter ces constatations, nous avons examiné de quelle façon les facteurs de risque et de protection contribuent à modifier le lien entre la pauvreté et la santé mentale. Nos analyses révèlent que non seulement les facteurs de risque tels que la dépression parentale, le dysfonctionnement familial, le comportement parental hostile et la situation de famille monoparentale ont des effets néfastes sur les enfants et accroissent le risque de tout genre de troubles, mais ils modifient aussi de manière significative les effets de la pauvreté et du statut de nouvel immigrant.

Les résultats de l'étude font ressortir l'importance du contexte. Il semblerait que, dans le cas des enfants canadiens de souche, ce n'est pas uniquement la pauvreté de la famille, au sens de la privation matérielle, qui compromet la santé mentale, mais ce sont plutôt une foule de préjudices socio- environnementaux qui y sont associés.

Par ailleurs, les nouveaux enfants immigrants pauvres demeurent plus susceptibles de troubles affectifs et de la conduite que les nouveaux enfants immigrants non pauvres, même compte tenu des variables médiatrices, ce qui laisse entendre que la pauvreté matérielle pourrait avoir un effet direct prononcé sur les troubles affectifs et de la conduite chez les enfants des nouvelles familles immigrantes.

De plus, les résultats portent à croire que la pauvreté revêt un sens différent selon qu'elle touche les immigrants ou les non-immigrants. Bien que de nombreuses familles immigrantes soient aux prises avec des difficultés pendant une période d'adaptation d'une dizaine d'années, des études à long terme démontrent que, au bout de 10 à 12 ans, le revenu moyen des immigrants est au moins

égal et parfois supérieur à celui de la population nationale (deVoretz, 1995). Pour de nombreux nouveaux immigrants, la pauvreté s'inscrit dans le processus de rétablissement et constitue une difficulté que la plupart finiront par surmonter. Par contre, pour un grand nombre de non-immigrants, la pauvreté ne fait pas nécessairement partie d'un processus, mais elle représente le résultat final d'un cycle où se perpétuent le préjudice social, l'éclatement de la famille, le désespoir personnel et, dans bien des cas, l'abus d'alcool et d'autres drogues. Pour bien des Canadiens de souche qui sont défavorisés, la pauvreté est un cercle vicieux duquel il y a peu d'espoir de s'échapper.

La pauvreté au sein de la population nationale peut être considérée comme une forme de mobilité descendante souvent associée aux indicateurs de pathologie sociale tels que la maladie mentale, l'abandon scolaire, la grossesse chez les adolescentes et la situation de famille monoparentale. Il est ressorti de notre étude que les taux de dépression parentale et de tension attribuable à la consommation d'alcool, ainsi que la proportion de familles monoparentales, sont beaucoup moins élevés chez les nouvelles familles immigrantes pauvres que chez les familles pauvres du groupe national. Toutefois, les problèmes liés à l'économie structurelle pourraient également se répercuter de différentes façons sur le groupe national et les immigrants. Par exemple, les familles au sein de la population générale qui sont au chômage ou dont l'emploi est sous-rémunéré sont souvent celles qui manquent de ressources personnelles à cause d'une mauvaise santé ou d'une faible scolarité ou qui résident dans des régions défavorisées. Le chômage et l'emploi sous-rémunéré chez les nouvelles familles immigrantes peuvent être associés à une disparité entre les compétences professionnelles et le marché du travail, laquelle pourrait être relativement temporaire. Il faudra effectuer d'autres analyses de l'effet de variables structurelles comme l'emploi sous-rémunéré et le sous-emploi sur la santé mentale des enfants de ces groupes.

D'autres facteurs associés aux circonstances de la migration pourraient réduire le risque de problèmes de santé mentale chez les nouvelles familles immigrantes par rapport au groupe national. Par exemple, si les familles immigrantes considèrent la pauvreté comme une situation transitoire qui finira par être surmontée, cet optimisme peut renforcer la résistance sur le plan de la santé mentale. Les effets négatifs de la pauvreté sur la santé physique et mentale d'une famille

immigrante peuvent également être atténués par des facteurs tels que l'importance accordée par les parents à l'instruction et à la capacité de lire et d'écrire, de meilleures conditions de vie par rapport à celles du pays d'origine, l'ambition qu'a la famille de réussir, des structures familiales élargies qui favorisent des modes souples de garde d'enfants, l'évitement par les parents de comportements qui posent un risque pour la santé tels que l'usage du tabac et la consommation abusive d'alcool, ainsi que la formation de bons réseaux sociaux avec les membres de son milieu ethnique. Malgré leur importance éventuelle, bon nombre de ces variables n'ont pu être examinées à partir de l'ensemble des données de l'ELNEJ.

Ces analyses soulignent également l'importance de conceptualiser et de mesurer les dimensions multiples de la santé mentale. Des différences ont été observées au niveau des associations entre les facteurs de risque et de protection et tous les résultats en matière de santé mentale. Par exemple, à mesure que les enfants vieillissaient, le risque de troubles affectifs augmentait alors que le risque d'hyperactivité et de troubles de la conduite diminuait. Les filles étaient moins susceptibles que les garçons de souffrir d'hyperactivité et de troubles de la conduite, mais elles étaient plus susceptibles d'éprouver des troubles affectifs. En outre, le statut d'immigrant et la pauvreté avaient des effets différentiels sur la prévalence et la répartition de l'hyperactivité, des troubles affectifs et des troubles de la conduite. Ainsi, la pauvreté était associée à un risque plus élevé de troubles affectifs et de troubles de la conduite parmi les nouveaux enfants immigrants que parmi les enfants du groupe national, tendance qui était cependant moins prononcée pour l'hyperactivité.

Il importe de reconnaître un certain nombre de limites par rapport à cette étude. Premièrement, la base de sondage comprenait, par nécessité, tous les nouveaux enfants immigrants, sans égard au pays d'origine. Bien que tous les immigrants doivent relever des défis communs lorsqu'ils adoptent un nouveau pays, les nouveaux groupes immigrants sont très hétérogènes, et leurs différences sur le plan de la culture, de la langue, de la situation socio-économique et du statut d'immigrant peuvent avoir des effets différentiels sur la pauvreté aussi bien que sur la santé mentale. Il semble improbable que l'échantillon ait inclus un grand nombre d'enfants réfugiés, sous-population d'enfants immigrants qui sont sans doute exposés à des risques particuliers pour

la santé mentale. Deuxièmement, aux fins de cette étude, les mesures de la santé mentale des enfants, du fonctionnement familial et des pratiques parentales ont été élaborées et normalisées en fonction des familles de culture majoritaire. Nous supposons que la conceptualisation, l'opérationnalisation et la mesure sont les mêmes dans le groupe des nouveaux immigrants et dans la population majoritaire. Bien que la fiabilité des mesures ait été évaluée dans les deux groupes, leur équivalence transculturelle demeure une importante préoccupation d'ordre méthodologique. Troisièmement, il convient de signaler que le rétablissement dans un nouveau pays constitue un processus dynamique. Une révision des valeurs, des attitudes et des convictions personnelles et familiales dans le contexte des différences que présente la culture du pays d'accueil peut influer sur les comportements parentaux des immigrants et leur fonctionnement familial. Il reste que ces changements liés à l'acculturation ne peuvent être évalués à partir des données transversales de l'ELNEJ. Enfin, il est trop simpliste de présumer qu'il existe des associations unidirectionnelles entre les facteurs parentaux ou familiaux et la santé mentale des enfants. Il est très plausible que, pour bon nombre des associations relevées dans le cadre de l'étude, l'influence s'exerce dans un sens inverse à celui qui a été avancé : par exemple, il se peut que la santé mentale des enfants influe sur la santé mentale des parents, les pratiques parentales et le fonctionnement familial. Il est possible que nos estimations soient biaisées du fait que ces mécanismes de rétroaction n'ont pas été pris en considération. Toutefois, ces effets de rétroaction ne peuvent être examinés de façon convenable à partir d'un seul cycle de données de l'ELNEJ.

En conclusion, les nouveaux enfants immigrants sont favorisés sur le plan de la santé mentale par rapport aux enfants du groupe national. D'un point de vue stratégique, c'est peut-être une indication selon laquelle les politiques et les pratiques en vigueur au Canada assurent une sélection efficace de familles et d'enfants résistants, en santé et décidés à réussir. Ces bonnes nouvelles au sujet des enfants immigrants ne devraient pas se traduire par une complaisance déplacée. Sans égard aux critères de sélection des candidats, l'accueil qui leur est réservé après leur migration définit leur succès ultérieur ainsi que celui de leurs enfants. La pauvreté est un facteur de risque pour tous les enfants. Le fait que près du tiers des enfants immigrants au Canada vivent dans la pauvreté est non seulement répréhensible, mais c'est aussi un préjudice qui peut nuire à la santé mentale des enfants et compromettre leur capacité potentielle de contribuer à leur

pays d'adoption, spectre qui pourrait revenir nous hanter. Il importe de faire une priorité nationale de l'élimination de la pauvreté chez les immigrants au moyen de programmes novateurs de formation professionnelle, de l'accès équitable à l'emploi, et de la reconnaissance appropriée des titres de compétence étrangers. Si les taux d'emploi chez les immigrants nouvellement arrivés sont plus élevés, cela permettra non seulement d'alléger la pauvreté familiale, mais également d'améliorer la santé mentale des adultes et, par ricochet, le bien-être de leurs enfants.

L'existence de l'ELNEJ symbolise l'importance que le Canada accorde à la génération qui suit. Si c'est un cliché de dire que les enfants sont notre avenir, cela demeure néanmoins vrai. Comme il est probable que de 15 % à 20 % des enfants du Canada soient des immigrants ou des réfugiés, une étude qui se veut d'envergure nationale (l'ELNEJ) mais dont l'échantillon ne compte pas plus de 2 % d'enfants immigrants semble injustifiable. Si nous sommes vraiment une «nation d'immigrants», il importe d'étudier les facteurs de risque et de protection particuliers qui sont associés à ce statut. La présente étude illustre le fait que des constatations applicables à la population générale ne peuvent s'étendre par extrapolation aux groupes immigrants. En outre, les subdivisions selon la catégorie d'immigrants (p. ex., les immigrants plutôt que les réfugiés) et selon l'origine ethnoculturelle mettraient sans doute en lumière des diversités au sein de la population immigrante qui permettraient d'établir d'importantes lignes directrices pour des programmes d'optimisation de la santé mentale et de prévention des troubles. De toute évidence, il est nécessaire d'entreprendre une étude complémentaire à l'ELNEJ qui serait axée particulièrement sur les enfants immigrants et réfugiés.

L'étude longitudinale est importante. L'une des nombreuses questions importantes à laquelle seules des recherches longitudinales permettent de répondre a trait au maintien de l'apparente résistance des enfants immigrants sur le plan de la santé mentale. Des données extraites du projet sur les jeunes réfugiés mené à l'Institut psychiatrique Clarke et au département de psychiatrie de l'Université de Toronto portent à croire que les facteurs de stress de l'après-migration, notamment les problèmes de communication, les conflits intergénérationnels, l'identité ethnique ambivalente et la discrimination perçue, menacent la santé mentale des jeunes. Toutefois, les

aptitudes linguistiques en anglais, l'accès à un soutien social au sein de la famille et à l'extérieur de celle-ci, et de fortes identités ethniques et canadiennes sont associés à une bonne santé mentale et à un bon rendement à l'école. Ces constatations donnent à penser qu'il faudrait faciliter l'accès à des programmes scolaires et communautaires qui contribueraient à réduire les tensions au sein des familles de nouveaux arrivants en cernant les valeurs divergentes de la famille et du pays d'accueil et en favorisant l'acquisition de compétences linguistiques en anglais et dans sa langue d'origine.

Dans son roman intitulé *A Bend in the River*, V.S. Naipaul écrit : [traduction] «L'idée que nous nous faisons de nos possibilités nous définit» (p. 152). Les enfants font partie intégrante de notre vision. Si nous les Canadiens et les Canadiennes sommes préparés à y mettre les ressources et les efforts voulus, les immigrants et leurs enfants peuvent nous aider à élargir nos horizons en ce qui a trait à ce pays et aux possibilités qu'il offre.

Bibliographie

Barwick, C., M. Beiser, et G. Edwards (Sous presse). « Refugee children and their families: Exploring mental health risks and protective factors », dans *Ethnicity and Health*. University of Toronto Press. Publié sous la direction de M. Beiser, G.M. Devins, C. Barwick.

Beiser, M., G. Devins, R. Dion, I. Hyman, et E. Lin (1997). « Immigration, Acculturation and Health ». Rapport présenté au Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), projet nº 6606-6414-NPHS, Ottawa.

Beiser, M., R. Dion, A. Gotowiec, I. Hyman, et N.Vu (1995). « Immigrant and refugee children in Canada ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 40: 67-72.

Bibeau et coll., (1992). *La santé mentale et ses visages : Un Québec pluriethnique au quotidien*. Québec : Gaetan Morin, p. 91-120.

Brooks-Gunn, J., P. Klebanov, F. Liaw, et G. Duncan (1995). « Toward an understanding of the effects of poverty upon children », dans *Children of Poverty*. Publié sous la direction de H.E. Fitzgerald, B.M. Lester, et B. Zuckerman. New York, Garland Publisher Inc., p. 3-41.

Chang L., R.F. Morrisey, et H.S. Koplewicz (1995). « Prevalence of psychiatric symptoms and their relation to adjustment among Chinese-American youth ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34:91-99.

Cong, M. (1990) « Vietnamese community of Orange County, CA », dans *Mental health of immigrants and refugees*. Publié sous la direction de W.H. Holtzman, T.H. Borman. University of Texas : Austin, Texas, p. 224-233.

Conseil canadien de la santé multiculturelle (1989). *Proceedings of the Canadian Council on Multicultural Health*, première conférence nationale, Toronto : mars-avril.

Conseil national du bien-être social (1998). *Profil de la pauvreté, 1996.* Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Nº H67-1/4-1996F au catalogue.

DeVoretz, D. (1995). • *Diminishing Returns: The Economics of Immigration Policy* •. Toronto, University of Toronto Press.

Edwards, R. G., et M. Beiser (1994). « Les jeunes réfugiés d'Asie du Sud-Est au Canada : Les déterminants de la compétence et d'une adaptation réussie ». *Santé mentale du Canada,* 42:2-6.

Enquête sociale générale - Cycle 6. (1992). Documentation sur les fichiers de microdonnées à grande diffusion et guide des utilisateurs.

Étude sur la santé des enfants de l'Ontario (1983). Statistique Canada, Ministère des Services sociaux et communautaires de l'Ontario.

Garcia-Coll, C., et H.A. Vazquez Garcia (1995). « Hispanic children and their families: On a different track from the very beginning », dans *Children of Poverty*. Publié sous la direction de H.E. Fitzgerald, B.M. Lester, et B. Zuckerman (p. 57-83). New York, Garland Publisher Inc.

Garmezy, N. (1985). « Stress resistant children: The search for protective factors », dans *Recent research in developmental psychopathology*. Publié sous la direction de : J.E. Stevenson. New York, Pergammon Press.

Gil, A.G., et W.A. Vega (1996). « Two different worlds: Acculturation stress and adaptation among Cuban and Nicaraguan families ». *Journal of Social and Personal Relationships*, 13:435-456.

Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada (1988). *Puis la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et des Services Canada.

Hicks, R., R.N. Lalonde, et D. Pepler (1993). « Psychosocial consideration in the mental health of immigrants and refugee children ». *Revue canadienne de santé mentale communautaire*. 12:71-87.

Huang, L.(1989). « Southeast Asian refugee children and adolescents », dans *Children of Colour*. Publié sous la direction de J. Taylor Gibbs, et L.N. Huang. San Francisco, Jossey-Bass, p. 278-321.

Immigration Canada (1994). *Rapport annuel déposé au Parlement*. Centre de renseignements publics, Ottawa (Ontario).

Institut canadien de la santé infantile (1994). *La santé des enfants du Canada*. Un profil de l'ICSI, 2e édition, Ottawa.

Klimidis S., G. Stuart, et I.H. Minas (1994). « Immigrant status and gender effects on psychopathology and self-concept in adolescents: A test of the migration-morbidity hypothesis », *Comparative Psychiatry*, 35:393-404.

Kurian, G. (1986). « Socialization of South Asian Youth in Canada ». Document présenté à la conférence de l'Association internationale de sociologie.

Landy, S., et K. Kwan Tam (1996). « Les pratiques parentales influencent bel et bien le développement des enfants du Canada », dans *Développement des ressources humaines Canada, Statistique Canada, Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes*, p. 117-128.

Langner, G.S., J. Gersten, et J. Eisenberg (1977). « Epidemiology of mental disorder in children: Implications for community mental health », dans *New trends of psychiatry in the community: Proceedings of the fourth international symposium*. Publié sous la direction de G. Serban.

Linder-Pelz, S., S. Levy, A. Tamir, T. Spenser, et L.M. Epstein (1984). « A measure of family functioning for health care practice and research in Israel ». *Journal of Comparative Family Studies*, 15:211-230.

Lipman, E.L., D.R. Offord, et M.D. Dooley (1996). « Que savons-nous des enfants de familles dirigées par une mère seule? », dans *Développement des ressources humaines Canada, Statistique Canada, Grandir au Canada, Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes,* p. 95-104.

Locke, C.J., K. Southwick, et L.A. Mccloskey (1996). « The psychological and medical sequelae of war in Central-American refugee mothers and children ». *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 150:822-828.

Luther, S.S., et E. Zigler (1991). « Vulnerability and competence: A review of research on resilience in childhood ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 61:6-22. Matthew, 1994.

McCloskey, L., et C. Locke (1995). « The psychological effects of political and domestic violence on Central American and Mexican immigrant mothers and children ». *Journal of Community Psychology*, 23:95-116.

Mghir, R., W. Freed, et A. Raskin (1995). « Depression and posttraumatic stress disorder among a community sample of adolescent and young adult Afghan refugees ». *Journal of Nervous & Mental Disease*, 183:24-30.

Mogg, J.M. (1991). « The experience of bicultural conflict by Vietnamese adolescent girls in greater Vancouver ». Thèse de maîtrise non publiée, Université Simon Fraser : Vancouver, C.-B.

Morris, T.M. (1990). « Culturally sensitive family assessment: An evaluation of the family assessment device used with Hawaiian-American and Japanese-American families ». *Family Process*, 29:105-116.

National Advisory Mental Health Council (1996). « Basic behavioural science research for mental health: Family processes and social networks ». *American Psychologist*, 51: 622-630.

Offord, D., M. Boyle, et Y. Racine (1989). *Étude sur la santé des enfants de l'Ontario : Les enfants à risque.* Toronto, Ontario : Imprimeur de la Reine.

Offord, D., et E. Lipman (1996). « Problèmes affectifs et comportementaux », dans *Grandir au Canada. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes.* Rapport nº 1205-6847. Développement des ressources humaines Canada, Ottawa.

Radloff, L. (1977). « The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population ». *Applied Psychological Measurement*, 1, 388-401.

Ross, D.P., K. Scott, et M.A. Kelly (1996). « Aperçu : Les enfants du Canada durant les années 90 ». Dans *Grandir au Canada. Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes.* Rapport n° 1205-6847. Développement des ressources humaines Canada, Ottawa.

Rousseau, C., E. Corin., et C. Renaud (1989). « Conflit armé et trauma : une étude clinique chez des enfants réfugiés latino-américains ». *Revue canadienne de psychiatrie*, 34:376-385.

Rumbaut, R. (1991). « The agony of exile: A study of the migration and adaptation of Indochinese refugee adults and children », dans *Refugee children: Theory, research, and services.* Publié sous la direction de F.L. Ahearn, et J.L. Athey. Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland.

Rutter, M., J. Tizard, et W. Yule (1976). « Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974 ». *Psychological Medicine*, 6:13-332.

Rutter, M. (1987). « Psychological resistance and protective mechanisms ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 57:317-331.

Rutter, M. (1990). « Psychosocial resilience and protective mechanisms », dans *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Publié sous la direction de J.E. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti et coll. Cambridge : Cambridge University Press, p.181-214.

Saito, S., N. Nomura, Y. Noguchi, et I. Tezuka (1996). « Family Environment Scale ». *Family Process*, 35:239-257.

Sam, D.L., et J.W. Berry (1995). « Acculturative stress among young immigrants in Norway ». *Scandinavian Journal of Psychology*, 36:10-24.

Sam, D.L. (1994). « The psychological adjustment of young immigrants in Norway ». *Scandinavian Journal of Psychology*, 35:240-253.

Shek-Daniel, T.L. (1997). « Family environment and adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behaviour: A pioneer study in a Chinese context ». *Journal of Genetic Psychology*, 158:113-128.

Statistique Canada (1996-1997). Population des immigrants selon le lieu de naissance, périodes d'immigration 1981-1990 et 1991-1996 pour le Canada, recensement - données-échantillon (20 %). N° 93F0023XDB96005 au catalogue, série «Le pays».

Tousignant, M. (1997). « Refugees and Immigrants in Quebec », dans Al-Issa, I., et M. Tousignant (éd.), *Ethnicity, Immigration and Psychopathology*. Plenum Press (Series, Stress and Coping), New York, p. 57-70.

Zhou, M. (1997). « Growing Up American: The challenge confronting immigrant children and children of immigrants ». *Annual Review of Sociology*, 23:63-95.